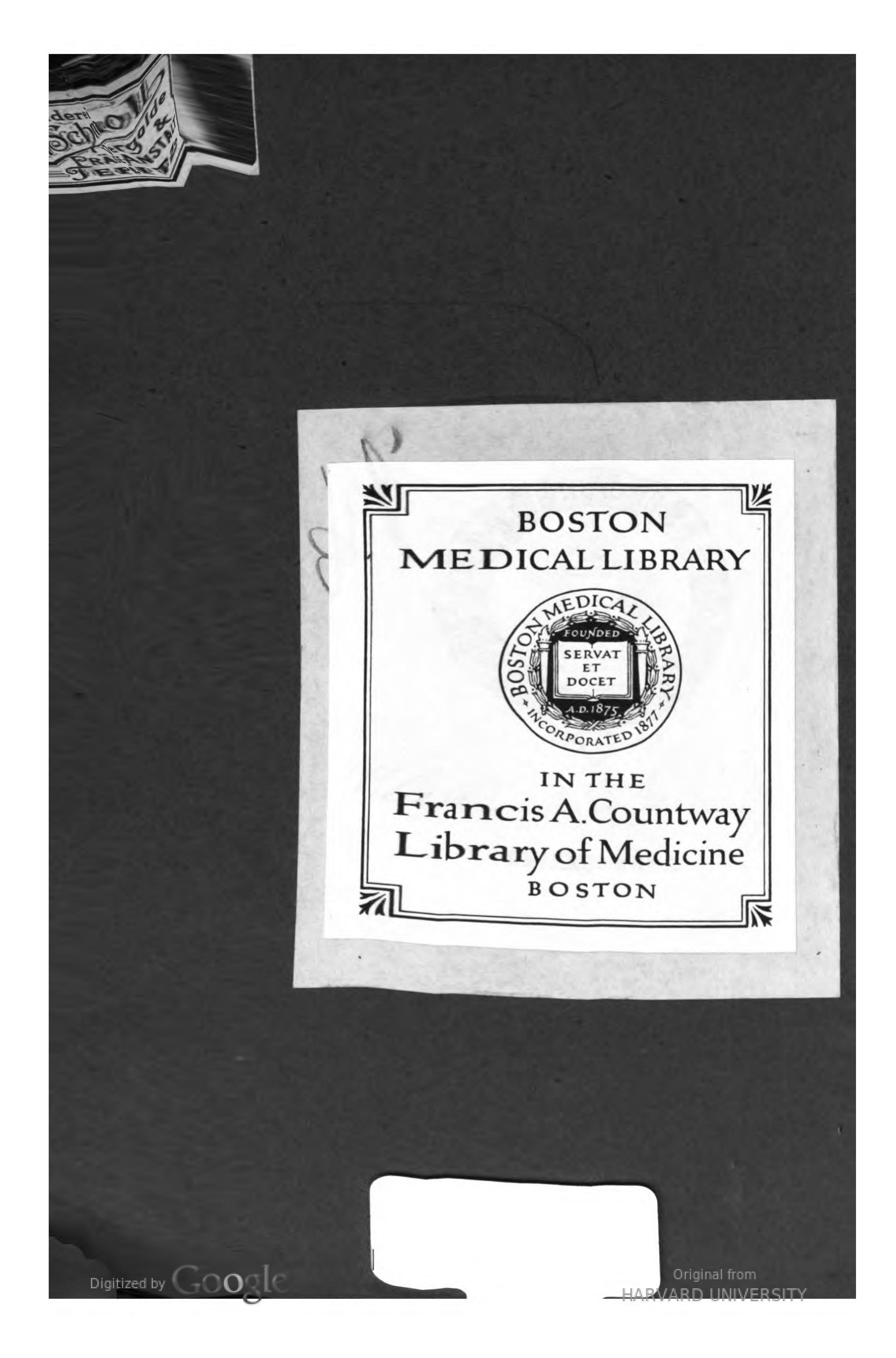

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
BOSTON MEDICAL LIBRARY
FOUNDED
SERVAT
ET
DOCET
A.D. 1875
INCORPORATED 1877
IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON

MEDICINISCH-CHIRURGISCHE

RUNDSCHAU.

ZEITSCHRIFT

FÜR DIE

GESAMMTE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. Joh. Baaz (Graz), Dr. Freih. v. Buschman (Wien), Prof. Eppinger (Graz), Prof. A. Eulenburg (Berlin), Prof. Finger (Wien), Regierungsrath Prof. Glax (Graz-Abbazia), Docent Grünfeld (Wien), Oberstabsarzt a. D. Dr. Hastreiter (Strassburg), San.-R. Dr. Hausmann (Meran), San.-R. Dr. Emerich Hertzka (Carlsbad), Dr. Hönigsberg (Gleichenberg), Prof. Th. Husemann (Göttingen), Dr. Jadassohn (Breslau), Prof. Kaposi (Wien), Dr. J. Karlinski, k. k. Bezirksarzt (Stolac), Prof. E. H. Kisch (Prag-Marienbad), Prof. Kleinwächter (Czernowitz), San.-R. Dr. Knauthe (Dresden), Docent C. Kopp (München), Prof. Kratter (Graz), Dr. H. Levy (Breslau), Docent E. Lewy (Wien), Hofrath Prof. E. Ludwig (Wien), Dr. L. Mendl (Fünfkirchen), Geh. Reg.-Rath Prof. Mikulicz (Breslau), Prof. A. Neisser (Breslau), Prof. Obersteiner (Wien), Dr. C. Oestreicher (Carlsbad), Dr. J. Offer (Hall in Tirol), Dr. Ignaz Purjesz (Budapest), Prof. v. Reuss (Wien), Hofrath Dr. Rochelt (Meran), Prof. Fr. Schauta (Wien), Dr. M. T. Schnirer (Wien), Dr. Steigenberger (Budapest), Dr. Sterk (Wien-Marienbad), Dr. v. Swiecicki (Posen), Dr. Szenes (Budapest), Dr. C. Touton (Wiesbaden) u. A.

redigirt

von

Prof. Dr. W. F. LOEBISCH

an der k. k. Universität Innsbruck.

XXXV. (Neue Folge XXV.) Jahrgang (1894).

WIEN.

URBAN & SCHWARZENBERG,

I., Maximilianstrasse 4.

Autoren-Verzeichniss.

Jahrgang XXXV. (Neue Folge XXV.) 1894.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

1894.









Inhalts-Verzeichniss.

Jahrgang XXXV. (Neue Folge XXV.) 1894.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

1894.

A.



B.





E.



H.

I.

M.

N.

O.

Q.

R.

S.



T.



V.

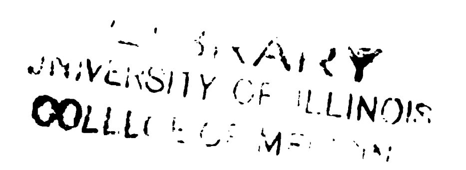
U.

W.



Kritische Besprechungen und Bücher-Anzeigen.





An unsere Leser!

Durch die Verwerthung der bacteriologischen Kenntnisse zur Erforschung der Aetiologie der Krankheiten und durch die Verallgemeinerung dieser Kenntnisse im Dienste der klinischen Doctrinen und der Hygiene, ferner durch ein eingehenderes Studium der therapeutischen Aufgaben des Arztes wurde selbstverständlich die medicinische Publicistik als Ausdruck der Strömung, welcher sämmtliche Gebiete des medicinischen Wissens jeweilig folgen, in den letztverflossenen Jahren mächtig beeinflusst. Der Herausgeber der „Medicinisch-chirurgischen Rundschau", bestrebt, den Fortschritten der Medicin, entsprechend den Bedürfnissen des ärztlichen Praktikers, vollinhaltlich gerecht zu werden, wird mit Beginn des XXXV. Jahrganges den Inhalt dieses referirenden Organes dahin ändern, dass insbesondere jene Doctrinen eine eingehendere Berücksichtigung erfahren, welche durch die herrschende Richtung der Medicin am meisten gefördert wurden. Um dies ohne Erweiterung des dermaligen Umfanges der „Medicinisch-chirurgischen Rundschau" zu ermöglichen, soll die bisherige Fassung des Organes dahin geändert werden, dass in Zukunft nicht mehr in jeder einzelnen Nummer sämmtliche Fächer der Medicin durch Referate vertreten sein sollen, sondern es wird sich der Inhalt der einzelnen Nummern den jeweiligen hervorragenden Mittheilungen der medicinischen Publicistik enger und daher auch rascher anschliessen. Hierdurch wird es ermöglicht, jeder einzelnen Doctrin der gesammten Medicin in dem Masse ihrer besonderen Förderung durch Fortschritte der Diagnose, der Therapie, der Hygiene u. s. w. die ihr gebührende Beachtung in den Referaten zu widmen. Zugleich wird die „Medicinisch-chirurgische Rundschau", treu ihrer bisherigen Uebung, auch jene ärztlichen Agenden berücksichtigen, welche für die im Dienste des Staates, der Gemeinden und öffentlichen Körperschaften wirkenden Aerzte von besonderer Wichtigkeit sind, namentlich Militärmedicin und Gesundheitspflege, öffentliche Gesundheitspflege, Irrenwesen, gerichtliche Medicin, Gewerbehygiene u. A.

Prof. Dr. W. F. Loebisch,
k. k. Sanitätsrath.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1. *Ueber Febris recurrens chronica.*

Von Geh. Med.-Rath Dr. **Fiedler.**

(Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 1892/1893.)

Verf. beobachtete selbst drei Fälle dieses seltenen Fiebers, welches in bestimmten Zeitintervallen mit grosser Regelmässigkeit wiederkehrt und meist im Verlaufe gewisser Sarcomerkrankungen, beziehungsweise bei malignen Lymphomen mehrfach beobachtet und von *Ebstein* mit dem Namen „chronisches Rückfallfieber" belegt worden ist. Nachdem Verf. seine drei Fälle und 11 in der Literatur vorfindliche genau beschrieben hat, stellt er die gemeinschaftlichen Erscheinungen der Fälle, wo der Sectionsbericht vorliegt, zusammen. Es finden sich demnach: 1. Schwellung von (meist abdominalen) Lymphdrüsen in Form von malignen Lymphomen, beziehungsweise Lymphosarcomen mit Ausnahme eines Falles, der von *Barbock-Quincke* beobachtet wurde. 2. Allgemeine Blutarmuth bei normaler mikroskopischer Beschaffenheit des Blutes. Häufig wurden in der letzten Zeit Icterus und hydropische Erscheinungen beobachtet. 3. Eine von Anfang an in allen Fällen erhöhte Pulsfrequenz. 4. Mehrmalige Beobachtung von Zunahme der Milzdämpfung, beziehungsweise der geschwollenen Drüsen während der Fieberperiode und Abnahme in der fieberfreien Zeit. 5. Sehr chronischer Verlauf. Krankheitsdauer ein bis zwei Jahre. Obwohl es uns scheinen könnte, dass das chronische Rückfallfieber nach den vorliegenden Beobachtungen ein Symptom der sarcomatösen oder überhaupt malignen Degeneration der mesenterialen oder retroperitonealen Lymphdrüsen sei, was nicht ausschliesst, dass später Metastasen in allen möglichen Organen auch der peripheren Lymphdrüsen auftreten, so glaubt Verf., da es überdies auch Fälle von ausgesprochen primärem Sarcom oder malignem Lymphom der Retroperitoneal- und Mesenterialdrüsen ohne jenes eigenthümliche recurrirende Fieber gibt und er selbst auch einen Fall von primärem Sarcom des Humerus mit Metastasen in verschiedenen Organen oder mit Freibleiben der Retro- und Mesenterialdrüsen mit recurrirendem Fieber lange Zeit hindurch beobachtete, dass dieses recurrirende Fieber nicht pathognomisch für das maligne Lymphom oder Sarcom der abdominalen Lymphdrüsen ist, sondern dass es hier etwas Secundäres, etwas Zufälliges ist und mit der Krankheit selbst direct gar nichts zu thun hat. Für gewöhnlich findet man bei Kranken mit malignem Sarcom oder Lymphom kein oder nur ganz unbedeutendes Fieber mit atypischem Charakter. In den Fällen, wo das eigenthümliche recurrirende Fieber auftritt, handelt es sich nach Verf. höchst



wahrscheinlich um eine besondere, um eine specifische Infection; er glaubt, dass die malignen Lymphome einen ganz besonders günstigen Boden zur Entwicklung gewisser Mikroorganismen bilden, dass diese höchst wahrscheinlich vom Darme aus durch die Lymphdrüsen einwandern, und in den Lymphom-, beziehungsweise Sarcomgeschwülsten einen geeigneten Nährboden finden. Wird nun das maligne Lymphom selbst als Infectionskrankheit aufgefasst, wie es von verschiedenen Seiten geschieht, so handelt es sich in jenen Fällen mit recurrirendem Fieber um eine Mischinfection. Festen Boden wird diese Hypothese jedoch erst gewinnen, wenn es gelungen ist, den vermutheten Mikroorganismus zu finden. Ferner neigt Verf. der Ansicht zu, dass das chronische recurrirende Fieber gar nicht an das Vorhandensein von Sarcomen oder malignen Symptomen gebunden ist, dass unter Umständen auch andersartig degenerirte Drüsen als geeignetes Substrat zur Entwicklung der vermutheten Mikroorganismen dienen können. Zu dieser Annahme wird Verf. durch einen Fall von bacillärer Phthise des linken Oberlappens geführt, bei dem rechts die Cervicaldrüsen, links die Nuchaldrüsen stark geschwellt, reich infiltrirt sind, während die übrigen peripheren Drüsen in vollkommen normalem Zustande sich befinden, bei dem ferner die Milz nicht vergrössert ist, die Blutuntersuchung keinerlei Abnormitäten zeigt und seit Monaten ausgesprochen recurrirender Fiebertypus besteht. Um maligne Lymphome kann es sich hier nicht handeln, da die Drüsen in der letzten Zeit zurückgegangen und kleiner geworden sind, Verf. hält sie für tuberculös infiltrirte Drüsen.

Ferner kann Verf. sich nicht der Meinung der Autoren anschliessen, welche die Fälle mit recurrirendem Fieber als besondere infectiöse Form der Pseudoleucämie auffassen, er hält vorläufig an der Annahme fest, dass es sich beim chronischen Rückfallfieber um etwas Secundäres, um Aufnahme einer Noxe, wahrscheinlich eines Mikroorganismus handelt, der in entarteten Drüsen günstigen Boden zu seiner Entwicklung findet. Das periodisch intermittirende Fieber lässt sich in den vorliegenden Fällen auf dreierlei Weise erklären: 1. Entweder wird es bedingt durch die periodische Entwicklung eines Mikroorganismus, wie ähnlich dies bei der Febris intermittens klar nachgewiesen ist. Es zeitigt sich durch das Wachsthum und die Entwicklung des Mikroorganismus eine Noxe, die schliesslich in pathologische Action tritt, indem sie in die Säftemasse gelangt und hier einen Reiz ausübt, dem das Fieber entspricht; dieses optische Wachsthum jener angenommenen, in den Drüsen wuchernden Organismen wiederholt sich nach einiger Zeit, es werden, nachdem die Muttermikrobe ihr Wachsthum vollendet hat, wieder Sporen frei, die in das Blut gelangen etc. und auf diese Weise würde sich das periodisch auftretende Fieber erklären. Gleichwie es bei Malaria Organismen gibt, die zu ihrer Entwicklung drei bis vier Tage gebrauchen, so kann es auch solche geben, die dazu 14 Tage und längere Zeit nothwendig haben. 2. Oder durch die stattgehabte Infection wird zunächst eine Art Immunität geschaffen, wie wir sie bei jeder Infectionskrankheit kennen, die Dauer dieser Immunität ist bei den verschiedenen




Infectionskrankheiten eine verschieden lange und verschieden sichere; es gibt Krankheiten, die den Menschen nur selten zweimal befallen, bei anderen, z. B. bei der Influenza, der Diphtheritis, dem Gelenkrheumatismus erlischt die Immunität sehr bald wieder. Es ist denkbar, dass in den hier in Rede stehenden Fällen die betreffenden Individuen durch die Infection nur auf einige Tage, beziehungsweise Wochen geschützt sind, dass dann aber die alte Vulnerabilität gewissen Mikroorganismen gegenüber wieder eintritt und neue Infection erfolgt. 3. Hat man versucht, die periodischen Fiebersteigerungen durch schubweises Wachsthum der lymphatischen Elemente zu erklären. Da bei Sarcomen und Carcinomen, welche sehr schnell wachsen, häufig Fieber beobachtet wird und diese Fiebersteigerungen bei der Febris recurrens chronica, wie sie zuweilen beim malignen Lymphom zu beobachten ist, der Entwicklung der Metastasen entspricht, die sich in einzelnen Fällen in grosser Zahl fanden, so kann das Fieber auch dadurch entstehen, dass von Zeit zu Zeit Tumormassen, beziehungsweise toxische Substanzen von den erkrankten Drüsen aus in den Blutstrom gelangen und hier einen Reiz, der mit Fieber beantwortet wird, verursachen. Verf. schliesst darauf seine Arbeit mit der Besprechung des Für und Wider hinsichtlich dieser Hypothesen, widmet einige Worte den Ansichten der Autoren über die richtige Benennung der Erkrankung, erörtert die Diagnose und Prognose. Obwohl letztere eine höchst ungünstige ist, da es sich bei dem Rückfallfieber in den bis jetzt beobachteten Fällen immer um maligne Neubildungen handelte, so weist Verf. doch die Hoffnung nicht von der Hand, dass in Zukunft Mittel und Wege gefunden werden könnten, die einen heilenden Einfluss ausüben, zumal wenn man die Möglichkeit zulässt, dass es sich bei der Febris recurrens chronica um eine Infection, beziehungsweise eine Mischinfection handelt. Illustrirt wird die Möglichkeit einer Heilung durch einen Fall, der ein 16jähriges Mädchen betrifft, das lange Zeit an typischen Fiebercyklen litt, ohne dass allerdings eine wesentliche Abnormität bei der genauesten Untersuchung zu finden war. Das Mädchen wurde gesund. Indess sagt Verf. selbst, dass die Möglichkeit einer inneren Eiterung hier nicht ausgeschlossen sei.

Für den praktischen Arzt resultirt aus den Beobachtungen von chronischem Rückfallfieber nach Verf.: 1. Dass wir in Fällen mit typisch verlaufendem, chronischem recurrirenden Fieber immer zunächst an das Vorhandensein von malignen Lymphomen denken und diese Neubildungen in den Abdominaldrüsen suchen müssen, wenn die peripherischen Drüsen keine Schwellung zeigen. Man kann umso sicherer eine Diagnose stellen, wenn Endocarditis ulcerosa und innere Erkrankungen auszuschliessen sind. 2. Dass wir mit der Prognose in Fällen von Febris recurrens chronica vorsichtig sein müssen, und uns durch das Wohlbefinden der Kranken in der Apyrexie und durch periodisch eintretende Besserung nicht täuschen lassen dürfen. Die Erfahrung lehrt, dass die Krankheit sehr chronisch verläuft, immer wieder Rückfälle macht, jahrelang dauern kann und schliesslich doch zum Tode führt.

Knauthe.



Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

2. ***Beiträge zur Klinik der nervösen Leberkolik (Neuralgia hepatis).*** *Von Dr. Curt Pariser. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 31.)*

Verf. wird von einer 45jährigen Frau wegen Magenbeschwerden, besonders wegen sehr schmerzhafter Anfälle, consultirt. Die Anfälle haben ihren Sitz in der Lebergegend und strahlen bis in die Hypogastrien aus. Vor drei Jahren bestanden Verdauungsbeschwerden, bestehend in Fülle, Aufgetriebensein des Abdomens circa 1—2 Stunden nach der Mahlzeit, Uebelkeit, Aufstossen, Kopfdruck, Appetitlosigkeit. Letztere wich im letzten Jahre einem starken Hungergefühl, welches sich zum Heisshunger und Bulimie steigerte. Jetzt traten auch die oben erwähnten Schmerzanfälle auf. Die Intensität derselben war eine überaus grosse, auch die Dauer von $^1/_2$—4 Stunden. Zu Ende derselben stellte sich Würgen und Erbrechen ein. Morphium in kleinen Dosen, 1 Cgrm., beendete die Anfälle binnen Kurzem. Die Anfälle traten ohne äusseren Anlass, zuweilen nach stärkeren Mahlzeiten, psychischen Erregungen und körperlichen Anstrengungen auf. Häufig erscheinen die Anfälle während der Menstruation, gewöhnlich am vierten Tage der Blutung. Am Tage nach dem Anfalle ist die Haut leicht icterisch, die Conjunctivae bulbi bleiben frei von der Gelbfärbung, der Harn enthält keinen Gallenfarbstoff, der Koth zuweilen leicht entfärbt; die Patientin ist nach den Anfällen immer schwach und hinfällig. Die somatische Untersuchung ergab ein fast negatives Resultat. Magengrenzen normal, die motorische Kraft desselben normal oder nur wenig beeinträchtigt. Zwei bis drei Tage nach dem Anfalle keine freie Säure, drei Tage später leichte Hyperacidität. Darmfunction etwas träge. In der Entleerung vergeblich nach Gallensteinen gesucht. Im Mastdarm ein kleiner gestielter Polyp. Leber gewöhnlich gross, ausserhalb der Anfälle nicht druckempfindlich, während derselben ist jede leichte Berührung der Lebergegend sehr schmerzhaft. Uterus der Nullipara retroflectirt, durch alte Verwachsungen irreponibel. Menstruation unregelmässig 3—4 Tage dauernd. Harn frei von Albumen, Zucker und Nierensand. — Die Patientin ist sonst oft nervös, leicht erregbar, sie litt früher an einer Herzneurose und hat jetzt auch eine starke Hyperästhesie des Plexus hypogastricus, coeliacus, aorticus und eine Idiosyncrasie gegen Alkohol. Verf. und Prof. *Fürbringer* stellen die Diagnose auf Colica hepatica non calculosa s. Neuralgia hepatis s. Neurasthenia sympathica.

Die Leberneuralgie ist eine ziemlich seltene Krankheit. *Harley* leugnet das Vorkommen derselben, während *Andral, Trousseau, Budd, Henoch, Frerichs, Fürbringer, Talma* Fälle von Neuralgia hepatis beschreiben. Eine grosse Zahl hierher gehöriger Fälle wird häufig als Colica calculosa angesehen. Die nervöse Leberkolik kann auch, zumal bei Gegenwart von Schmerzpunkten, dem ohne Icterus verlaufenden Gallensteinkolikanfall gleichen *(Fürbringer)*. Sie kann aber auch der mit leichtem Icterus verlaufenden Gallenkolik ähnlich sein (Verf.). Ueber das Vorkommen von Icterus bei der Leberneuralgie sind die Meinungen getheilt. *Stokes* hat Icterus nie

gesehen, *Henoch* zuweilen. Bei *Andral* wich der Icterus mit den Schmerzen, ohne dass man Steine im Stuhle fand. *Fauconneau* sah auch öfter Icterus bei Leberneuralgie, während *Trousseau* in der Abwesenheit von Icterus ein differenzirendes Moment gegen Gallenstein würdigt. In acht Fällen sah *Beau* fünfmal keinen Icterus. Bei *Frerichs*' und *Foissac's* Falle ist Icterus vorhanden. *Fürbringer*, *Naunyn* und *Talma* haben bei der Leberneuralgie Gelbsucht nie bemerkt. Verf. glaubt die schwache Gelbfärbung der Haut als Ausdruck einer leichten Cachexie in Folge der vorangegangenen Schmerzen ansehen zu dürfen. Zum Wesen der Leberneurose gehört die periodische Wiederkehr der Anfälle, besonders im Anschlusse an die Menstruation. *Stokes* hat zuerst auf die Abhängigkeit von der Menstruation hingewiesen, dann auch *Fauconneau* und *Frerichs*. Bei *Frerichs*' Falle schwanden die Anfälle während zweimaliger Schwangerschaft, um bei Wiederkehr der Periode wieder aufzutreten. *Fürbringer* hat diese Abhängigkeit von der Periode nie gesehen, aber doch eine gewisse Regelmässigkeit im Auftreten der Anfälle beobachtet. *Cyr* sah Anfälle, die zweimal pro Tag zu bestimmten Stunden auftreten oder die einen Turnus von 1, 2, 3, 8, 14 Tagen, einen monatlichen und halbjährlichen haben. Eine Periodicität im Auftreten der Anfälle gehört also zum Wesen der Colica hepatica nervosa, sie kommt aber auch bei der Gallensteinkolik, wenn auch seltener, vor. *Naunyn* und *Frerichs* sahen sehr selten eine regelmässige Wiederkehr der Gallensteinkolik. — Aehnlich der Leberneuralgie verläuft auch die menstruelle Gelbsucht. Spärliche Menstruation, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber, Icterus. *Senator* deutet diese Fälle folgendermassen: Für die spärlichere Menstruation tritt eine vicariirende Hyperämie der Leber ein. Daher die Schwellung und der Schmerz, die Schleimhaut der Gallengänge schwillt in Folge der Hyperämie an und verlegt das Lumen derselben, daher der Icterus. Gegenüber dieser Affection ist differenzirend anzuführen, dass die Leberneuralgie nicht intacte Persönlichkeiten befällt, sondern nur Hysterische, Neurasthenische und Nervöse. Gegenüber der Colica calculosa ist das Alterniren der neuralgischen Schmerzanfälle mit anderen nervösen Affectionen anzuführen. *Benson* sieht Trigeminusneuralgie neben der Leberneuralgie, *Alnau* Tic douloureux, *Fauconneau* Kopfschmerz, Herzklopfen, Gastralgie, Cystalgie, *Trousseau* Gesichtsneuralgie. *Frerichs*' Fall bekommt nach der Leberkolik eine Intercostalneuralgie. Neben diesem Alterniren wird von allen Beobachtern auf andere Neurosen hingewiesen, die theils als Vorboten der Anfälle auftreten, theils sie begleiten oder nach Abklingen derselben noch längere Zeit bestehen bleiben. *Budd* sah als Vorboten hysterische Schmerzen, *Frerichs* clonische Zuckungen, *Stokes* Gesichts- und Extremitätsneuralgien, Herz- und Magenneurosen, Hyperästhesien in verschiedenen Nervengebieten und eine eigenartige Idiosyncrasie gegen Alkohol in dem oben geschilderten Falle. Diese besteht darin, dass die Patientin seit dem Bestande ihrer Krankheit wenige Secunden nach dem Genusse von Alkohol an einer ganz bestimmten Stelle des Leibes an der linken Seite in den Därmen einen heftigen Schmerz verspürt. *Burkhardt* bestätigt

das Vorkommen von Idiosyncrasien gegen einzelne Speisen und Getränke. *Beau* meint, dass die Neuralgie durch scharfe Speisen und Getränke ausgelöst werde, was *Frerichs, Schüppel* und *Fürbringer* zurückweisen. *Cussak* sah, dass nach Theegenuss die Colica hepatica häufig ausgelöst wird. Die Colica hepatica nervosa kommt fast nur bei blutarmen hystero-neurasthenischen Individuen und nach Angabe der meisten Autoren fast nur bei Frauen vor. Unter 6 Patienten *Fürbringer's* war nur ein Mann. *Chaumel* sieht im Geschlechte geradezu ein differentialdiagnostisches Moment zwischen Gallensteinkolik und Leberneuralgie. *Fürbringer* hebt die enorme Steigerung der Patellarreflexe hervor. In unserem Falle konnte man das Phänomen nicht beobachten. Die Schmerzen sind oft ganz unerträglich, wie bei Cholelithiasis oder Nephrolithiasis, weil die Patientin die Muskeln spannte. Die grösste Intensität localisirt sich nach *Fürbringer* scharf auf die Leber, während die Schmerzen bei Cholelithiasis irradiiren. Von *Beau* und *Frerichs* wird Leberschwellung vor oder nach dem Anfalle beobachtet. *Fürbringer*, *Naunyn* und Verf. haben sie nie gesehen. Als diagnostisch wichtiges Moment wird von *Fürbringer* hervorgehoben, dass „trotz hartnäckiger, jahrelanger Dauer des Leidens es nie zu Erscheinungen fieberhafter entzündlicher Localaffectionen im Bereich der Leber, Gallengänge und Gallenblase kommt“. Die Therapie der Cholelithiasis hat bei der Leberneuralgie nie Erfolg gehabt. Ein rationelles antineurasthenisches Heilverfahren ist anzuwenden. Eine definitive Heilung sahen *Fürbringer* und die anderen Beobachter nicht, wohl aber zeitweilige Besserungen.

Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

3. ***Pericarditis und Leberkolik.*** *Von Oddo. (Revue de méd. 1893. September.)*

Unter den Herzcomplicationen bei Leberkolik, die, wahrscheinlich infectiösen Ursprungs, durch Angiocholitis bedingt sind, ist bisher wohl nur die Endocarditis beschrieben worden. Von Verf. rührt eine erste Beobachtung von Pericarditis mit tödtlichem Ausgange her, die im Verlauf eines Anfalls von Leberkolik aufgetreten war. Leider war in diesem Falle die Autopsie nicht ausgeführt worden. Indessen war der Verlauf der Symptome so prägnant, dass über die Beziehungen zwischen der Leberaffection und der Herzaffection kein Zweifel bestehen kann. Im Anfange handelte es sich bei dem betreffenden Pat. um eine heftige Leberkolik, diagnosticirt durch ihr plötzliches Auftreten, Art und Weise und Sitz der Schmerzen, durch Erbrechen, Icterus mit vorübergehender Entfärbung des Stuhls, sowie durch den Umstand, dass schon früher ähnliche Anfälle bestanden hatten. Im Anschluss hieran stellte sich Schüttelfrost und Fieber ein, Symptome der Angiocolitis. 48 Stunden später beobachtete man plötzlich die physikalischen Symptome einer Pericarditis, welcher Pat. nach 6 Tagen erlag, und zwar unter den Symptomen eines Herzcollapses, der wahrscheinlich durch die grosse Corpulenz des Pat. beschleunigt worden war. Bezüglich des Weges, auf dem die infectiösen Mikroben in diesem Falle in das Pericard eingedrungen sind, glaubt Verf., dass es sich hier um eine Verschleppung auf dem Wege der Lymphbahnen gehandelt hat. Thatsächlich führen die intrahepatischen Lymphgefässe in den für die Vena porta bestimmten

Zwischenräumen zu den Gallengefässen und communiciren hier ausgiebig mit den extrahepatischen Lymphgefässen und diese gelangen auf diese Weise durch Vermittelung des Aufhängebandes der Leber sehr leicht zum Centrum des Diaphragma, so dass eine bequeme Communication mit den Lymphgefässen des Parietalblattes des Pericards geschaffen ist. Bei der Endocarditis in Folge von Leberkolik ist bekanntlich die Blutbahn als das vermittelnde Organ anzusehen. Es geschieht also bei der durch Leberkolik herbeigeführten Endocarditis die Infection auf dem Wege der Blutbahn, der Pericarditis auf dem Wege der Lymphbahn.

Dr. *Hertzka*, Carlsbad.

4. ***Ueber Oxalsäureausscheidung bei Diabetes mellitus.*** *Von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch, Prag-Marienbad. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 28.)*

Auf Grund des quantitativen Nachweises der im Harne ausgeschiedenen Oxalsäure hat Verf. die Angaben geprüft, welche bisher nur auf den blossen mikroskopischen Befund von reichlicheren Oxalatkrystallen im Harnsedimente gestützt, bezüglich der Oxalurie bei Diabetes mellitus gemacht worden sind. Namentlich *Cantani* hat in seiner Arbeit über Oxalurie, in welcher Arbeit aber nicht eine einzige gewichtsanalytische Bestimmung der im Harne ausgeschiedenen Oxalsäure zu finden ist, den Ausspruch gethan, dass der Zusammenhang zwischen Oxalurie und Melliturie sich „aussergewöhnlich häufig“ zeige. Verf. führt nun genaue gewichtsanalytische Belege bezüglich des Vorkommens von Oxalsäure im Harne von sechs seiner Patienten an, welche an Diabetes mellitus litten. Aus diesen Angaben (bezüglich deren wir auf das Original verweisen) erweist sich in Berücksichtigung des Massstabes, das ein gesundes Individuum bei gemischter Kost ungefähr 15—20 Mgrm. Oxalsäure in 1 Liter Harn ausscheidet, dass in diesen sechs Diabetesfällen durchaus nicht von der Ausscheidung einer abnorm grossen Menge von Oxalsäure im Harne gesprochen werden kann (13·5 – 11·7—14·5—5·8—5·4—11·3 Mgrm.), sondern geradezu eher vom Gegentheile. In dreien der obigen Diabetesfälle konnte Verf. nachweisen, dass mit der Abnahme des Zuckergehaltes des Harnes während der Marienbader Cur auch gleichmässig die Menge der ausgeschiedenen Oxalsäure abnahm; so im Fall 2 vor der Cur Zucker 0·11%, Oxalsäure 11·7 Mgrm., nach der Cur Zucker 0·08%, Oxalsäure 6·6 Mgrm.; im Falle 4 vor der Cur Zucker 3·11%, Oxalsäure 5·8 Mgrm., nach der Cur Zucker 2·98%, Oxalsäure 1·6 Mgrm.; im Falle 6 vor der Cur Zucker 0·27%, Oxalsäure 11·3 Mgrm., nach der Cur Zucker 0·24%, Oxalsäure 8·9 Mgrm. Es zeigte sich also hier ein ganz anderes Verhalten als die meisten Beobachter bisher angeben, indem sie über ein alternirendes Verhältniss zwischen Melliturie und Oxalurie berichten, während Verf. gefunden hat, dass in diesen Fällen die Menge des Zuckers und der Oxalsäure gleichmässig abnehmen. In einer früheren Arbeit hat derselbe Autor gleichfalls auf Grundlage quantitativer Harnbestimmungen dargethan, dass die gewöhnliche Angabe bei Fettleibigkeit Oxalurie eine häufige Erscheinung sei, sich nicht aufrecht halten lasse. So scheint denn, dass die bisher geltenden Anschauungen betreffs der Oxalurie



einer bedeutenden Correctur bedürfen. Verf. fordert die in Carlsbad und Neuenahr prakticirenden Brunnenärzte, denen ja ein grösseres Material zu Gebote steht, auf, durch gewichtsanalytische Belege die Frage der Oxalurie bei Diabetes zu einer präciseren Lösung zu bringen. *O. R.*

5. ***Ueber Veränderungen des Appetits bei Leber- und Magenkrebs.*** *Von **Hanot**. (Arch. gén. de méd. 1893. October.)*

Die absolute dauernde Anorexie gilt mit einer gewissen Berechtigung als ein charakteristisches Symptom, welches für die Diagnose Magen- und Leberkrebs zu verwerthen ist. Indessen existiren von dieser Regel Ausnahmen, wie gewisse, vom Verf. beobachtete Fälle nachweisen. In einer dieser Beobachtungen hatte ein 72jähriger Mann seit zwei Monaten einen Heisshunger, welcher solche Dimensionen annahm, dass es zu einer wahrhaften Gastralgie kam, welcher später langsam verschwand. Sehr bald stellten sich hierauf Abmagerung, Schmerzen im Epigastrium ein und schliesslich fand man bei der Untersuchung der Regio epigastrica in der Gegend der grossen Curvatur einen ausgesprochenen Tumor. Zwei Monate später Tod des Pat. in Folge von colossaler Magenblutung. Ein zweiter, 52jähriger Pat., welcher in der Regio epigastrica einen etwa gänseeigrossen Tumor darbot, und der bereits beträchtlich abgemagert war, hatte bei seiner ersten Untersuchung normalen, weder erhöhten, noch verminderten Appetit, drei Monate später sah ihn Verf. in einem Zustande voller Cachexie und Anorexie. Wieder einige Wochen später Tod. Bei der Autopsie fand man ein Epitheliom, welches nicht ulcerirt war, und welches in einer Ausdehnung von etwa 5—6 Ccm. die grosse Curvatur einnahm. Endlich hat Verf. noch einen dritten Pat., der 64 Jahre alt war, beobachtet, welcher seit mehreren Monaten alle charakteristischen Symptome eines Magenkrebses darbot, nur das Symptom der Anorexie fehlte. In der Periode der Erhöhung, resp. des unveränderten Appetits erbrachen diese drei Pat. nicht und sie schienen ihre Nahrung ohne jede Mühe gut zu verdauen. Nervöse Symptome bestanden ebenfalls nicht. Die Erhaltung des Appetits kann nach Verf. einerseits aus dem Sitz des Tumors, an einer Stelle, wo Schleimdrüsen fehlen, erklärt werden, es ist aber auch möglich, dass der Tumor, wenn er sich in solcher Gegend der Magenschleimhaut befindet, in welcher die Magendrüsen dicht gesäet sitzen, nur einen Theil dieser Drüsen zerstört und den Rest derselben in ihrer Function lässt. Ausserdem kann die Function der noch unversehrten Drüsen eventuell erhöht sein, wodurch sich eventuell der Heisshunger des ersten der drei oben erwähnten Patienten im ersten Stadium der Krebsentwicklung erklären liesse. Endlich kann es sich auch um psychische Einflüsse handeln, wenigstens können diese zur Erklärung des Pseudo-Appetits herangezogen werden, welcher gar nicht so selten bei derartigen Patienten ist. Noch häufiger als beim Magenkrebs findet man im Primärstadium des Leberkrebses das Schwinden des Appetits. Nur einmal konnte hier eine Erhöhung des Appetits in einem Falle von Leberkrebs mit Icterus in Folge von Compressionen des Ductus choledochus durch degenerirte Drüsen beobachtet werden. Endlich konnte Verf. unter 15 Untersuchungen



nur zweimal die Persistenz des Appetits beobachten. In Summa zeigen die Beobachtungen Verf.'s, dass sowohl beim Magen- wie auch beim Leberkrebs im ersten Stadium die Anorexie fehlen kann. Sehr selten wird sie durch Heisshunger, weniger selten durch normalen, noch seltener durch Pseudo-Appetit ersetzt.

Dr. *Hertzka,* Carlsbad.

6. ***Zur Aetiologie der Chlorose.*** *Von Dr.* ***Meinert,*** *Dresden. Vortrag bei der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 47.)*

Bei typischer Chlorose des Entwicklungsalters fand Verf. constant den Prolaps des Magens (verticale oder subverticale Magenstellung, Gastroptose). Klinisch wurde dieselbe in 60 aufeinanderfolgenden Fällen durch Aufblähung des Magens mit folgender Brausemischung constatirt: 6·0 Grm. Acid. tartaric., 8·0 Grm. Natr. bicarbonic., beide getrennt in versüsster Lösung eingeführt; die hohen Dosen sind absichtlich gewählt. Die Gastroptose ist stets eine Theilerscheinung mehr weniger ausgebreiteter Enteroptose (Maladie de Glénard); 15% der Fälle waren mit Ren mobilis dextra, 1 mit Ren mobilis duplex complicirt. Der Prolaps entsteht durch mechanische Momente, Druck der Leber auf die kleine Curvatur und den Pylorus, selten durch Volumszunahme der Leber, meist durch Raummangel in der Zwerchfellskuppel; bei Frauen entsteht die Verengerung der unteren Thoraxapertur durch unpassende Kleidung, bei Männern durch congenitale oder erworbene (Rhachitis) Formveränderung des Thorax. Der stabile Schnürthorax der Frauen führt stets (100 Fälle aus dem Dresdener Stadt-Krankenhause), der labile der jungen Mädchen sehr bald — in circa 6 Monaten — zu definitivem Eingeweidevorfall; unter 29 circa 14jährigen Mädchen ergab die Aufblähung des Magens 28mal Gastroptose; Schnürung war bis auf einen Fall rhachitischer Hühnerbrust stets vorhanden. Gastroptose wirkt — abgesehen von den zuweilen eintretenden Läsionen der dislocirten Organe — hauptsächlich disponirend zur Chlorose durch erhöhte Erregbarkeit der durch den Prolaps gezerrten Bauchsympathicusgeflechte; die Krankheitssymptome werden ausgelöst durch Ueberanstrengung, sitzende, die Unterleibsorgane insultirende Beschäftigung, den Geburtsact, psychische Momente. Die chlorotische Blutveränderung ist nur eines der Symptome der bestehenden Enteroptose, andere sind hauptsächlich nervöser Natur (siehe weiter unten); bei fehlender Gelegenheitsursache kann die Enteroptose latent bleiben. Die Enteroptose bleibt natürlich auch nach geheilter Chlorose bestehen, daher leichtes Auftreten von Recidiven und Zurückbleiben von Spuren während des ganzen Lebens, hauptsächlich nervöser und psychischer Natur: Hemicranie, Hyperemesis gravidarum, Melancholie, ferner fälschlicherweise als hysterisch angesehene Symptomencomplexe, wie nervöse Dyspepsie *(Leube)*, Lendenmarksymptome *(Hegar)*, Leiden des Bauchsympathicus *(Talma)*, Neurosen und Psychosen auf dem Boden chronischer Magenkrankheiten *(Alt)*. Die Enteroptose der Erwachsenen ist unheilbar, die der Kinder kann sich bei Wegfall der Ursache zurückbilden; eine auf Erweiterung der unteren Thoraxtheile und Wiederbelebung der abdominalen Athmung gerichtete Therapie kann durch



Entspannung der vom Plexus zur kleinen Curvatur ziehenden Nervenfasern Erfolge erzielen, wo Eisen unwirksam bleibt (wohlthätige Wirkung langer Bettruhe bei schwerer Chlorose, häufige Recidive nach Wiederanlegen des Schnürleibes). Verf. glaubt die Chlorose auf nervöse Grundlagen zurückführen zu dürfen, nachdem der mögliche Zusammenhang schwerer Anämien mit Affectionen des Centralnervensystems nachgewiesen ist und hält deshalb die Chlorose für eine durch Enteroptose entstandene Neurose (*Glénard*sche Krankheit). Von specieller Wichtigkeit scheint die Gastroptose zu sein, da Verf. bei ausschliesslichem Prolaps anderer Organe, speciell des Dickdarms, keine Chlorose beobachtet hat. Die ausgeprägtesten Formen von Chlorose werden durch periodisches Schnüren erregt, mehr der einfachen Anämie sich nähernde Formen entstehen, wenn der Thorax frühzeitig bleibende Schnürform angenommen hat, bei rhachitischem und phthisischem Thorax der Knaben nimmt die Krankheit eine atypische, protrahirte Form an; bei wohlgeformtem, nie beengtem Thorax ist Chlorose ausgeschlossen.

7. ***Gastrointestinale Hämorrhagien.*** *Von **Grynfelti**. (Arch. de Tocol. et Gyn. Bd. XIX. 6. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 49.)*

Bei einem Kinde wurden fünf Tage nach der Geburt die Windeln mit schwärzlichen Massen und frischem Blute stark beschmutzt gefunden. Zugleich war das früher kräftige Kind blass und kühl geworden und nahm nur noch schwer die Brust. Die blutigen Ausleerungen wiederholten sich an diesem Tage nochmals, ebenso den nächsten Tag, um dann ganz zu verschwinden. Das Kind erholte sich völlig. Die Mutter war leicht entbunden, zeigte Erscheinungen hereditärer Syphilis. Verf. bespricht die Aetiologie der Gastrointestinalblutungen bei Neugeborenen; zunächst hat man sich davon zu überzeugen, dass die Blutungen nicht von verschlucktem Blut, aus Mund, Hals des Kindes, oder den Warzen der Mutter kommen. Echte Magendarmblutungen kommen bei Neugebornen meist in den ersten drei Tagen vor; der Gesundheitszustand der Mutter scheint von Einfluss zu sein, in manchen Fällen ist Hämophilie der Vorfahren beobachtet. Auch lange und schwere Geburt wurde ursächlich in Zusammenhang gebracht, aber wohl mit Unrecht. — Ebenso unbekannt ist noch die Pathogenie dieser Blutungen. *Landau* nimmt ein Magen- oder Duodenalgeschwür, entstanden durch Embolie von der thrombosirten Nabelvene aus an, *Kiewisch* eine Abdominalapoplexie in Folge frühzeitiger Abnabelung. Die Sectionsbefunde sind sehr verschiedenartig. Verf. nimmt an, dass die Blutung eine Entlastung der congestionirten Leber des Neugeborenen sei, ein physiologischer Act, wie etwa die Hämorrhoidalblutungen bei Lebercongestionen der Erwachsenen. Sie sollen eine Art von Aderlass vorstellen, deshalb auch so schnell vorübergehen. Die Theorie von *Klebs*, dass es sich um septische Infection des Neugeborenen handle, verwirft er. — Klinisch treten die Blutungen ohne Prodrome am zweiten bis fünften Tage nach der Geburt auf; das Kind erbricht Blut oder entleert blutige Stühle, oder bekommt beides zusammen. Die Meläna tritt dann gewöhnlich zuerst auf. Verhältnissmässig ist der Blutverlust ein



bedeutender, meist wiederholt er sich aber nicht öfter; in manchen Fällen führt er allmälig zum Tode, gewöhnlich aber bleiben die Kinder am Leben. Verf. hält die Prognose nicht für ungünstig. Als Heilmittel empfiehlt er Tannin 0·15 mit Syrupus Ratanhae 30·0, mehrmals täglich, kalte Klystiere, Nahrungsbeschränkung, eventuell Ergotin.

8. ***Reflectorischer Krampf der Zunge, der Lippen und des Rachens, verursacht durch die Permanenz eines fremden Körpers im N. occipitalis maj. der linken Seite.*** *Von Gallerani und Pacinotti. (Neurol. Centralbl. XII. 14. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 91.)*

Ein Franziskanermönch litt seit 12 Jahren an intermittirendem Krampf des Nackens auf der linken Seite in Verbindung mit Störung der Sprache, des Kau- und Schlingactes. Dem Leiden ging eine Kopfverletzung durch ein Scherbenstück voraus, als der Patient 14 Jahre alt war. Die zurückgebliebene dreistrahlige Narbe war anfallsweise und auch bei Betastungen stark schmerzhaft. Die Narbe lag 5 Cm. über der Mitte einer Verbindungslinie zwischen Warzenfortsatz und Proc. spinosus vertebr. cervic. der gleichen Seite. In einem Zipfel der Narbe war unter der behaarten Kopfhaut ein hirsekorngrosses Körperchen fühlbar. Druck auf dieses Körperchen, das wie die Narbe beweglich und nicht mit der Umgebung verwachsen schien, erregte heftigen Schmerz. Palliativmittel blieben erfolglos. Trotz der langen Dauer des Leidens fehlte jede höhere Atrophie der Zunge, der Lippen und des Gesichtes. Gegen die Annahme einer Bulbärparalyse sprach ferner der Sitz der Verletzung, sowie der Mangel einer nachweisbaren Knochenverletzung. Dagegen war auffallend, dass die Narbe der Ausbreitung der Nervi occip. major und minor entsprach und da der Nerv. occip. major die Nackenmuskeln versorgt und der Hypoglossus mit dem Cervicalplexus anastomosirt, so wurde die Diagnose: Spasmus labio-glosso-pharyngeus reflector. gestellt und die Entfernung der alten unregelmässigen Narbe beschlossen. Die Operationswunde heilte per primam. Das Narbenstück enthielt dann dem schmerzhaften Knoten entsprechend ein Porzellanscherbchen, welches eingekapselt und mit dem Neurilemm eines Nervenstammes verwachsen war. Die Symptome des Patienten schwanden allmälig vollständig, zuerst die Nackenkrämpfe und Schmerzen.

9. ***Stück eines Magenkrebses durch die Magenpumpe entleert.*** *Von F. G. Gade. (Norsk Magazin. 9, pag. 917.)*

Ein vom Verf. untersuchtes erbsengrosses, weiches, schleimhautähnliches Geschwulststück, das mit der Magenpumpe aus dem Magen eines an Dyspepsie leidenden Mannes, dessen Magensaft freie Salzsäure nicht enthielt, entleert wurde, stellte sich als aus Gruppen von Epithelzellen mit reichlicher Bindegewebsbildung bestehend heraus. Schnitte daran gaben das deutliche Bild eines ausgesprochenen Drüsenkrebses mit reichlicher Entwicklung von Bindegewebe zwischen den Epithelien. Es dürfte angemessen sein, den ausgepumpten Mageninhalt in Fällen, wo Verdacht auf Carcinoma ventriculi besteht, auf das Vorhandensein derartiger losgelöster Stücke zu untersuchen, deren Anwesenheit selbstverständlich das

sicherste diagnostische Hilfsmittel bietet. In den meisten Fällen sind die erbrochenen Massen so wesentlich verändert, dass ihre Structur nicht zu erkennen ist. *Husemann.*

Neuere Arzneimittel.

10. ***Migränin.*** *Erprobtes Mittel gegen die schwersten Fälle der Migräne. Von Dr. **M. Overlach.** (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 47.)*

Migränin Höchst, eine Vereinigung von Antipyrin Knorr mit Citronensäure unter Zusatz von Coffein ist nicht als citronensaures Antipyrincoffein zu verzeichnen, wird jedoch in ganz bestimmten Quantitätsverhältnissen zusammengesetzt, welche der Verf. in dieser Arbeit nicht kundgibt. — Nach Erfahrungen von 5 Jahren zeigte sich Migränin als ein nie im Stiche lassendes Mittel, welches beim Herannahen des Uebels sofort gegeben werden muss. Patienten, welche seit 15, 20, 30 und mehr Jahren an Migräne litten und durch keine Medication Linderung fanden, haben entweder ihre Migräne coupirt oder vorläufig ganz verschwinden gesehen. Die Dosis ist 1·1, wird gut in Wasser vorher gelöst und zweistündlich verabreicht. Mehr als 3 Dosen waren nie nöthig, in vielen Fällen reichen zwei aus, in den meisten eine. — Ausser bei Migräne ist Migränin Höchst (so genannt nach der Fabrik) auch bei Kopfschmerz, bei Influenza, bei Alkohol-, Nicotin-, Morphiumvergiftung und ganz besonders als Fiebermittel empfohlen. Es lohnt sich nach alledem sehr, den Werth des *Overlach*'schen Migränin festzustellen. *Hausmann,* Meran.

11. ***Ueber die Wirkung des Phenocollum hydrochloricum bei Malaria.*** *Von Dr. **Giovanni,** Palermo. (Therap. Monatsh. 1893, pag. 157.)*

Das Phenocollum hydrochloricum wurde bisher von *Albertoni* und von *Crescimanno* mit Erfolg versucht. Verf. fand das Mittel in 34 Fällen von Sumpffieber 52mal wirksam, 21mal von zweifelhafter Wirkung und 4mal entschieden ohne Wirkung. Er gab das Mittel in Gaben von 1—1·5 Grm. pro die und 0·5 Grm. pro dosi ohne unangenehme Nebenwirkung. In einigen Fällen hat schon eine einmalige Verabreichung des Mittels das Fieber coupirt, doch kehrten dann meist nach einiger Zeit die Fieberanfälle wieder. Der tägliche Gebrauch des Phenocoll in Gaben von 0·5 Grm. oder die Verabfolgung von 1 Grm. alle sieben Tage ist oft das wirksamste Mittel gewesen, um die Infection zum Erlöschen zu bringen, weshalb Verf. vermuthet, dass es wohl ebenso auf die Malariaparasiten einwirkt wie das Chinin, indem es dieselben im Status nascendi vernichtet. In einigen Fällen, in denen das Phenocoll von zweifelhafter Wirkung war, bestand das Fieber auch beim Gebrauch von Chinin fort, während die gemeinsame Anwendung der beiden Mittel günstig wirkte. Bei schwachen, heruntergekommenen Individuen hat Verf. häufig nach sehr grossen Gaben Somnolenz und grössere Depression auch nach völligem Verschwinden des Fiebers gesehen. Misserfolg fand immer bei noch mehr verfallenen Subjecten statt. Bei Kindern wird die Verabreichung des Medicaments

dadurch **sehr erleichtert**, dass sich der Geschmack leicht verdecken **lässt**. Auch bei Reizzuständen des Darmcanals als Complication des Sumpffiebers trat keine Unzuträglichkeit auf. —*sch*.

12. ***Pichi (Fabiana imbricata), ein Mittel gegen Krankheiten der Harnorgane.*** *Von* ***M. Friedländer****. Aus Dr. Lapore's Klinik. (Therap. Monatsh. 1893, pag. 350.)*

Die chemischen und physiologischen Eigenschaften dieser in Süd-Amerika gegen Cystitis und Prostatitis häufig angewendeten Drogue wurden von *E. Holländer* unter *Schmiedeberg's* Leitung untersucht. Es gelang durch Extraction mit verdünntem Alkohol eine Harzsäure und Tannin abzusondern, sowie das Vorhandensein eines Glycosides und eines Alkaloides zu constatiren. Verf. versuchte die Wirkung des „Extractum Pichi-Pichi fluidum“ *(E. Merck)* zunächst an sich selbst, dabei wurden 15—20 Grm. des Mittels ohne irgend welche unangenehme Nebenwirkung vertragen. Der Harn zeigte den aromatischen Geruch des Extractes, enthielt jedoch kein Tannin. Bei der Prüfung des Extractes an sechs Kranken (reizbare Blase, acute Cystitis und Gonorrhoe, Hypertrophie der Prostata, Cystitis chronica, es wurden täglich drei Theelöffel voll verabreicht) erzielte der Verf. hauptsächlich bei acuter Gonorrhoe und Cystitis günstige Erfolge. Die Wirksamkeit des Mittels beruht vorwiegend auf dem starken Gehalte an Harz und Tannin, während es vorläufig unentschieden ist, ob das noch unerforschte Alkaloid schmerzlindernd einwirkt. Indicirt ist das Extr. fluid. Pichi hauptsächlich bei Fällen eiteriger Secretion der Harnröhre und Blase mit starken Reizerscheinungen, wo die locale Behandlung noch nicht durchführbar erscheint. Ein Hauptvorzug des neuen Präparates, namentlich gegenüber den gebräuchlichen Mitteln (Copaivabalsam, Ol. Santali, Ol. Terebinthinae etc.), sieht Verf. darin, dass es den Magen nicht schädigt, ja sogar als Amarum und Aromaticum wirkt und den Appetit anregt, demnach Blase und Magen gleichzeitig günstig beeinflusst.

13. ***Ueber die antiseptische Kraft des Ichthyols.*** *Von Dr.* ***Rudolf Abel****, Assistent. Aus dem hyg. Institute der Universität Greifswald. (Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde. 1893. 13.)*

Die Thatsache, dass unter den Erkrankungen, welche bei Ichthyolbehandlung günstig verlaufen, sich Infectionskrankheiten finden — Erysipel, Eiterungen, Gonorrhoe, Typhus und Ozaena — regten den Verf. an, zu untersuchen, ob das Ichthyol vielleicht direct auf die Erreger dieser Krankheiten schädlich wirkt, und wenn dies der Fall war, ob es einen gleichen Einfluss auf andere pathogene Organismen besitzt, zu deren Bekämpfung man es dann heranziehen könnte. Untersuchungen über die antiseptische Wirksamkeit des Ichthyols liegen bisher nur von *Fessler*, dann von *Latteux* vor. Verf. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen in folgende Schlusssätze zusammen: 1. Die Ichthyolpräparate — Ichthyolammon und Ichthyolnatrium — sind im Stande, bereits in schwachen Lösungen und in kurzer Zeit die pyogenen Streptococcen und die Erysipelstreptococcen sicher abzutödten. Bei Erysipel und Streptococceneiterungen wird sich demnach das Ichthyol — wie es die Erfahrung auch schon gelehrt hat — mit Erfolg anwenden lassen. 2. Der Staphylococcus aureus und albus, der



Bacillus pyocyaneus, Bacillus typhi, Ozaenae und Anthracis, das Spirillum cholerae asiaticae besitzen mehr oder weniger grosse Resistenz gegen Ichthyol, die selbst im Mindestfalle noch so bedeutend ist, dass reines Ichthyol stundenlang einwirken muss, um die Organismen in Culturen zu vernichten. Dasselbe lässt sich für diese Organismen also in keiner Weise den gebräuchlichen Antisepticis an die Seite stellen. 3. Der Diphtheriebacillus wird in frischen Ansiedlungen von schwachen Ichthyollösungen abgetödtet. während ausgebildete Herde schwer beeinflusst werden. Wenn sich das Ichthyol zur Therapie der Diphtherie auch nicht eignete — was immerhin eines Versuches werth wäre —, so kann es doch wohl zur Prophylaxe der Diphtherie (in Gurgelungen und innerlich) zweckmässig Verwendung finden. 4. Das Ichthyol hat bei der Behandlung des Typhus und der Ozaena gute Dienste geleistet, trotzdem es deren Erreger nur schwer unschädlich machen kann. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass auch Infectionen durch die anderen unter 2. genannten Infectionserreger vom Ichthyol günstig beeinflusst werden können, wobei man wenig von seiner antiseptischen Wirkung, die Hauptsache von seinem Einflusse auf den Organismus selbst erwarten darf. 5. Es empfiehlt sich, das Ichthyol nur in Substanz oder in 50%iger Lösung aufzubewahren und erst vor dem Gebrauche stärkere Verdünnungen mit allen Cautelen anzufertigen. Schwache Lösungen können pathogene Keime, wie z. B. den Staphylococcus aureus, längere Zeit enthalten und man läuft Gefahr, durch die Anwendung derselben Infectionen hervorzurufen. Schwache Ichthyolconcentrationen, die vorräthig gehalten werden, müssen vor dem Gebrauche durch Aufkochen sterilisirt werden, was dieselben ohne Beeinträchtigung ihrer Wirksamkeit wiederholt vertragen.

14. ***Duboisin gegen hystero-epileptische Anfälle.*** *Von Prof.* ***Peter Albertoni.*** *(Therap. Monatsh. 1893. August. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 86.)*

Verf. theilt 3 Fälle von hystero-epileptischen Krämpfen mit, in denen er das schwefelsaure Duboisin mit sehr günstigem Erfolge verabreichte. 1. Der erste Fall betrifft ein 23jähriges Mädchen, welches seit drei Monaten an heftiger Cardialgie, Bolus hystericus. Magendarmcatarrh, Abmagerung, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit leidet. Acht Tage vor dem ersten Besuche von Verf. gesellten sich dazu heftige hystero-epileptische Convulsionen, anfangs ziemlich selten, später so häufig, dass Verf. binnen einer Stunde drei Anfällen beiwohnte. Man hatte schon Morphiuminjectionen und Atropin ohne Erfolg versucht, als Verf. Einspritzungen von schwefelsaurem Duboisin vorschlug. Die erste Injection von 0·0004 wurde Abends gemacht. Nach einer halben Stunde verfiel Patientin in Schlaf und brachte die ganze Nacht schlafend zu, in den folgenden 24 Stunden hatte sie nur drei Anfälle. Am nächsten Abend wird eine Einspritzung eines halben Milligramms wiederholt. Der Schlaf war ebenfalls ungestört und Patientin blieb von Anfällen verschont. In wenigen Tagen waren diese vollkommen geschwunden und jetzt sind fast fünf Monate verstrichen und die Anfälle stellten sich nur zweimal während der Menstrualperiode wieder ein und hörten nach einer einzigen Duboisineinspritzung



sofort auf. 2. Der zweite Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen, welches in Folge von Aerger heftiges Erbrechen bekam, das sich erneuerte, so oft eine Substanz — Eis ausgenommen — eingeführt wurde, Meteorismus, Stuhlverstopfung, Steigerung der Temperatur, Sehnenzuckungen, frequenten Puls, Schlaflosigkeit und Delirien. Dazu gesellten sich später hystero-epileptische Anfälle. Wenige Duboisineinspritzungen coupirten sofort die Convulsionen, während die anderen Symptome noch länger fortdauerten. 3. Der dritte Fall bezieht sich auf ein Mädchen, welches nach einer langen Reihe hysterischer Symptome zu bestimmten Tagesstunden hystero-epileptische Anfälle bekam. Auch hier erwies sich Duboisin nützlich, aber es erwachte im Verf. das Bedenken, dass es das Herzklopfen steigere.

15. ***Aeusserlicher (jatroleptischer) Weg des Einführens von Chinin in der Kinderpraxis.*** *Von* ***I. S. Master.*** *Aus dem Kiewer Waisenhause mit einer Abtheilung für Findlinge. (Arch. f. Kinderhk. Bd. XV, pag. 362.)*

Verf. hat nach den Empfehlungen *Troitzky's* (Arch. f. Kinderhk. Bd. XV, pag. 91 ff.) Versuche über die Aufnahmsfähigkeit der Haut der Kinder für Chinin angestellt und deren Nutzen erprobt. Er kommt an der Hand von 10 Fällen zu folgendem Resultat: 1. Chinin wurde in allen 10 Fällen im Harne nachgewiesen. 2. In ganz gleichen Fällen (gleiches Alter der Kranken, derselbe Platz der Einreibung, dieselbe Menge und Form des Präparates) war der Grad der Reaction auf Chinin ungleichmässig heftig ausgedrückt, ein Umstand, der auf bedeutende Schwankungen des sich auf diesem Wege einsaugenden Chinins — wahrscheinlich in Folge individueller Eigenschaften hinweist. 3. Da die Erniedrigung der Temperatur bei blos äusserlicher Verwendung des Chinins schwach und nicht jedesmal eintrat, so bleibt die Annahme von der nicht strengen Wissenschaftlichkeit und Unzweckmässigkeit der Anwendung des Chinins auf dem genannten Wege in voller Kraft.

16. ***Ueber Loretin, ein neues Antisepticum.*** *Von* ***Schinzinger.*** *(Verhandl. d. Gesellsch. deutscher Naturf. u. Aerzte. 1893.)*

Zwei Uebelstände des Jodoforms sind unvermeidlich geblieben: die so häufigen arteficiellen Eczeme und der widerliche Geruch. Deshalb hat Verf. mit einem von *Claus* in Freiburg hergestellten Jodpräparate, welches die Fabrik Meister Lucius und Brüning liefert, Versuche angestellt mit Loretin = Meta-Jod-ortho-Oxychinolin-ana-Sulfonsäure. Es bildet ein gelbes krystallinisches Pulver, ist völlig geruchlos, in Wasser und Alkohol nur wenig, in Aether und Oelen fast gar nicht löslich, bildet jedoch mit Flüssigkeiten Emulsionen. Das Loretinpulver empfiehlt der Verf. als Stupp für Wundflächen u. s. w., eine 2—5%ige Lösung des Natronsalzes zu Auswaschungen und Umschlägen, die Loretingaze zu gleichen Zwecken wie die Jodoformgaze. Loretin ist ungiftig und erzeugt weder Eczeme, noch sonstige Reizungszustände der Haut. Verf. tritt für die Anwendung dieses neuen Antisepticums an Stelle des bis jetzt verwendeten Jodoforms und der Carbolsäure ein, weil das Loretin sicher wirkt, ungiftig ist und die Haut durchaus nicht reizt, ja weil unter seiner Application chronische Eczeme heilen.



Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

17. ***Die Blutserumtherapie.*** *Ihre geschichtliche Entwicklung und ihr gegenwärtiger Stand. Referirende Darstellung von Privatdoc. Dr.* ***Carl Günther.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 46.)*

Die Blutserumtherapie, von *Behring* entdeckt, bezweckt, das Blutserum künstlich immunisirter, anderen Individuen einzuverleiben und diese zu immunisiren oder von dieser Infectionskrankheit zu heilen. Tetanisirte Mäuse z. B. werden völlig geheilt durch das Blutserum eines gegen Tetanus künstlich immunisirten Pferdes. Das Verständniss der Blutserumtherapie setzt Kenntniss folgender Hauptsätze der Immunitätslehre voraus. — Es gibt Thierspecies, die für eine bestimmte Infectionskrankheit empfänglich ist, während eine andere dagegen unempfänglich ist, refractär, immun. Die letztere ist natürlich immun. Persönlich individuelle Immunität kommt vor im Gegensatz zu dem sonstigen Verhalten ihrer eigenen Species, kann aber auch erworben werden, z. B. durch Ueberstehen von Scharlach, oder künstlich durch absichtlich vorgenommene Impfung (Schutzimpfung). *Pasteur* fand und entwickelte zuerst wissenschaftlich weiter, dass Hühnercholerabacterien durch längeres Stehen ihrer Culturen an der Luft ihrer Virulenz mehr und mehr verlieren und dass mit abgeschwächten Culturen geimpfte Hühner nicht mehr an dieser Affection sterben, dass sie sich immun verhalten, sogar gegen Einverleibung frischer virulenter Hühnercholerabacterien. Stets kommt es darauf an, die Culturen in ihrer Virulenz abzuschwächen und hat sich dies noch bei Milzbrand, Rauschbrand und Schweinerothlauf ausser bei Hühnercholera, als mit Erfolg durchführbar erwiesen. Die Abschwächung pathogener Bacterien erfolgt auf verschiedene Weise, bei Hühnercholera durch längeres Stehen der Culturen, wobei nach *Pasteur* der natürliche Sauerstoff betheiligt ist, ferner durch Zusatz chemischer Mittel zu den Culturen, wie dünne Lösungen Kaliumbichromat, von Schwefelsäure, Carbolsäure; Abschwächung erfolgt ferner durch Austrocknen, durch thermische Beeinflussung des virulenten Materials. So wird z. B. durch 10 Minuten langes Erwärmen virulenter Milzbrandbacillen auf 55° C. die Virulenz derselben herabgesetzt. *Pasteur* bereitet Milzbrandvaccine durch Cultivirung in Bouillon zwischen 42—43° C. Abschwächung pathogener Bacterien besteht ferner darin, dass man das Material durch einen wenig empfänglichen Thierkörper passiren lässt. So entdeckte *Pasteur*, dass die Schweinerothlaufbacillen ihre Virulenz für Schweine verlieren, wenn sie durch den Kaninchenkörper geschickt und aus diesem dann weiter cultivirt werden. — Die Vorgänge im thierischen Körper bei der künstlichen Immunisirung erklärte *Klebs* und *Pasteur* als „Erschöpfung“ an gewissen für die Bacterien nöthigen Nährstoffen, so dass die später eindringenden Bacterien nicht bestehen können. Die „Retentionstheorie“ *Chauveau's* nimmt an, dass bei der Immunisirung Stoffwechselproducte der Bacterien im Körper zurückgehalten werden, die eine spätere Ansiedlung virulenter Bacterien verhindern. Nach ***Metschnikoff*** greifen weisse Blutkörperchen und grössere Organzellen die Bacterien activ an und

erlangen hierdurch die Fähigkeit, später virulente Bacterien „auf-zufressen". Nach *Salmon* und *Smith* kommt die Immunisirung auf rein chemischem Wege zu Stande. Es gelang nämlich Schweinen bacterienfreie, gelöste Stoffwechselproducte von Hog- (Schweineseuche) Culturen einzuverleiben und die Thiere dadurch zu immunisiren. *Fodor* constatirte darauf, dass die Säfte des normal lebenden Körpers, speciell das Blut, bacterienvernichtende Eigenschaften besitzen. Bacterien nämlich in frisches Aderlassblut gebracht, werden zunächst erheblich abgetödtet, nach einigen Stunden erlischt diese Kraft des Blutes und die Bacterien entwickeln sich, insoweit sie nicht durch das Blut vernichtet waren. *Fodor* (*Mittal*, *Behring* und *Buchner*) fanden weiterhin, dass die bacterienschädigende Eigenschaft dem daraus gewonnenen Blutserum zukommt, und *Buchner* fand noch, dass die im Blutserum enthaltenen Eiweisskörper die Bacterienvernichter sind. Nicht das Blut jeder Thierspecies tödtet jede beliebige Bacterienart. Ratten sind unempfänglich gegen Milzbrand. Rattenblutserum hat milzbrandvernichtende Eigenschaften, während Mäuse-, Kaninchen-, Rinderserum guter Nährboden für Milzbrandbacillen und die Thiere selbst für Milzbrand empfänglich sind. Für künstlich immunisirte Individuen steht fest, dass ihr Blut und das daraus gewonnene Serum die Fähigkeit besitzt, den Zustand der Immmunität auf ein für dieselbe Infectionskrankheit empfängliches Individuum zu übertragen. — Blutserum gegen Tetanus immunisirter Kaninchen, Mäusen einverleibt, immunisirt letztere für Tetanus, sowohl gegen Toxis, d. h. gegen das von den Bacterien producirte specifische Tetanusbacillengift, als auch gegen infectiöse Vermehrung der Bacillen, welche ihrerseits wiederum das in den Organismus eindringende Gift erzeugen. Diesen epochemachenden Entdeckungen bei Tetanus sind Untersuchungen vorausgegangen über Wirkung des Blutserums als Heilung von Infectionskrankheiten bei Menschen, „Blutserumtherapie". Es ergab sich, dass die Immunität nur für diejenige Krankheit erworben wird, gegen welche das Individuum, von welchem das Blutserum genommen ist, immun gemacht wurde. Von Natur Immunisirte haben kein immunisirendes Blutserum. Untersucht wurde und dem Tetanus am nächsten gestellt erwies sich die Diphtheritis. Diese ist durch toxische Bacterien veranlasst *(Behring)* und das immunisirende Blutserum wirkt antitoxisch oder „giftfestigend" nach *Ehrlich*, welcher langsam steigende Giftdosen von Ricin zu diesem Zwecke mit Erfolg reichte.

Bei Septicämie, wo von Giftfestigungen nicht die Rede ist, bei Hundswuth wurde das Gesetz der Uebertragung der Immunität auf normale Individuen von künstlich Immunisirten, bestätigt. Spontane Heilung von Infectionskrankheiten kommt wahrscheinlich dadurch zu Stande, dass sich im Blute Erkrankter Körper bilden, welche die Infectionsschädlichkeiten paralysiren, es bleiben für später „Antikörper" im Blute zurück, welche für später immun machen, und so hat sich das Blut von früher an Pneumonie, Typhus, Cholera, Diphtherie Erkrankter als immunisirend an



Versuchsthiere erwiesen. Der Immunisirungswerth des Blutserums ist um so höher, je höher der Immunitätsgrad des blutliefernden Individuums. In der Blutserumtherapie gilt der Grundsatz. dass viel mehr „Heilserum“, Serum zum Heilen, nöthig ist, als zum Immunisiren, und umsomehr, je grösser das Körpergewicht des zu Heilenden; auch ist das Thier, welchem Serum zu entnehmen ist, so hochgradig wie möglich zu immunisiren, am passendsten für Diphtherie ist der Hammel, für Tetanus das Pferd bei Heilungszwecken des Menschen gefunden. Das Heilserum wird nach *Behring* durch Zusatz von Jodtrichlorid in der Giftigkeit geschädigt und die Thiere immer langsamer an das Gift gewöhnt. Das zu Heilzwecken verwendete Serum wird mit $^1/_2$%iger Carbolsäure conservirt. *Ehrlich* wies nach, dass die immunisirenden Substanzen des Blutes in die Milch übergehen, so dass durch Säugung Immunität entstehen kann. Giftfestigung entsteht durch die Mutter (nicht durch den Vater) durch Versorgung des fötalen Blutes mit immunisirenden Substanzen aus dem Mutterblut und durch die Vermehrung dieser Substanzen durch Säugung. Active Immunisirung durch Ueberstehen einer Impf- (Infections-) Krankheit gewährt langen, passive Immunisirung durch Einführung von Blut, Blutserum, Milch eines immunisirten Individuums bietet viel geringeren und kürzer dauernden Schutz.

Dr. *Hausmann*. Meran.

18. ***Neue Methode zur Therapie der Lungentuberculose.*** *Von Dr. Carasso, Director des Militärlazareths in Genua. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 49.)*

Bei der Lungentuberculose wendet man das Kreosotum Fagi mit viel grösserem Erfolge als jedes andere Heilmittel an. Es wurde jedoch constatirt, dass die Wirksamkeit des Kreosotum Fagi sich nur auf das primäre Stadium der Krankheit erstreckt. Verf. hat, gestützt auf Versuche, welche die bacterientödtende Wirkung der Mentha piperita erwiesen, und von den günstigen Resultaten ausgehend, welche *Leonard Braddon* (The Lancet. 1888. März) vermittelst Inhalation derselben in verschiedenen Fällen von Lungentuberculose erzielte, vom Jahre 1888 bis heute ein Heilsystem mit Erfolg versucht, welches in fortwährender Inhalation von Mentha piperita, verbunden mit Einnehmen einer alkoholischen Lösung von Kreosotum Fagi mit Glycerinum und Chloroformium besteht, der man ausserdem noch 1% Mentha piperita hinzufügt. Durch Anwendung derselben wurden sämmtliche Fälle von Lungentuberculose nicht nur im ersten Stadium, sondern auch in weit vorgerückteren Stadien geheilt, selbst in Fällen, in denen Cavernen und eine bedeutende Anzahl von Bacillen im Auswurf vorhanden waren. In jedem einzelnen Falle erfolgte zuerst das Verschwinden der *Koch*'schen Bacillen aus dem Auswurfe in einem sich zwischen 13 und 60 Tagen bewegenden Zeitraum. Husten und Auswurf nahmen ab, der nächtliche Schweiss und das Fieber verschwand. Vermehrung des Körpergewichtes mit mehr und mehr steigendem Appetit. Allmälig machte sich normaler Klang der zuerst ergriffenen Theile der Lungen bemerkbar und stellte sich das vesiculäre Athmungsgeräusch wieder ein. Es ist daher auf die vollkommene Restitutio ad integrum des kranken Gewebes zu schliessen. Diese Resultate



wurden in 39 Fällen von Lungentuberculose in jedem Stadium constatirt, jedoch stets nur, wenn sich die Krankheit auf die Lungen beschränkte, nicht aber, wenn dieselbe sich schon anderen Organen mitgetheilt hatte. Aus Vorstehendem erhellt, dass das durch Inhalation dem Organismus zugeführte ätherische Oel der Mentha piperita einen directen bacterientödtenden Einfluss auf die Bacillen der Tuberculose in den Lungen und einen indirecten Einfluss durch Einnehmen ausübt.

19. ***Behandlung der Septicämie mittelst Sauerstoff.*** *Von **Andrew Currier**. (Amer. Journ. of Obstetr. Juni-Heft 1893, pag. 807.)*

Bei Sepsis enthält das Blut die krankheitserregenden Mikroben und verschleppt dieselben in alle Organe. Die Intensität der Erkrankung hängt ab: 1. von der Menge der Mikroben, 2. von der grösseren oder geringeren Vitalität der letzteren und 3. von der individuellen Resistenz des Kranken, die oft bei einem und demselben Individuum temporär verschieden ist. Der Organismus trachtet diese Mikroben zu eliminiren, und zwar auf dem Wege der Phagocyten. Gelingt dies nicht, so stellen sich die gefährlichen Symptome der Sepsis ein. Diese sepsiserregenden Keime sind der Strepto- und Staphylococcus, sowie deren lösliche Producte. Bei gemischter Infection finden sich auch andere Mikroben. Eine Mikrobe, die an sich unschuldiger Natur ist, ist das Bacterium coli commune, doch wird sie pathogenisch, wenn sich, wie bei lange währender Constipation, im Darme zersetzende organische Stoffe ansammeln. Der Gynäkologe hat es mit drei Formen von Sepsis zu thun. Der ersten liegt das Bacterium coli commune zu Grunde. Sie stellt sich bei anämischen Individuen ein, die an Constipation leiden und wird meist für Anämie und Malaria gehalten. Diese Form ist insoferne sehr wichtig, als sie die Veranlassung eines üblen Ausganges einer vorgenommenen Laparotomie geben kann, und ist sie es, die die Indication abgibt, vor jeder Laparotomie die Därme sorgsamst zu entleeren. Die zweite Form der Sepsis, auf der Einwirkung des Strepto- und Staphylococcus beruhend, nimmt ihren Ursprung aus zersetzten im Uterus befindlichen organischen Stoffen. Die dritte Form endlich ist auf eine directe Uebertragung der Mikroben zurückzuführen und findet letztere auf dem Wege unreiner Hände oder Instrumente statt. Andererseits aber darf man nicht vergessen, dass gerade eine übertriebene Asepsis und Antisepsis Anlass zu septischer Infection geben kann. Vollkommen aseptisch können wir unsere Hände und Instrumente nie machen, ebensowenig können wir durch übertriebene Antisepsis alle Mikroben vernichten. Wendet man zu viel Antiseptica an, bürstet man die Haut der zu Operirenden zu kräftig ab, setzt man bei der Laparotomie die inneren Weichtheile zu lange der Luft aus, zerrt und zieht man dieselben zu rücksichtslos, so führt man eben das, was man verhüten will, die septische Infection, nur noch eher herbei. Wichtig zu wissen ist es, dass die septische Infection namentlich auf die Nerven und deren Centren einwirkt. Die Darmparalyse, die Trübung des Bewusstseins, die Excitationszustände, das excessive Erbrechen, die Muskelkrämpfe u. dgl. m. sind Symptome schwerer Sepsis. Der Organismus trachtet zwar die septischen Stoffe auf

dem Wege der Lungen, der Haut, der Nieren und Därme zu eliminiren, doch gelingt dies bei schwerer Erkrankung nicht. Die Theorie der Therapie kann nur darauf beruhen, den Organismus bei Kräften zu erhalten, um es ihm zu ermöglichen, die septischen Stoffe auszuscheiden und die Wirkung derselben zu zerstören oder zu neutralisiren. Ersterer Indication kommen wir mittelst der Darreichung des Alkohols nach, letzterer Indication entsprechen wir vielleicht dadurch, dass wir dem Organismus Sauerstoff einverleiben. Da bei der Sepsis die rothen Blutkörperchen kleiner geworden und überdies viele derselben zu Grunde gegangen sind, so ist jedenfalls die Aufnahmsfähigkeit des Blutes für Sauerstoff erhöht. Das Blut der Septischen bedarf eines Plus an Sauerstoff. Jedenfalls wirkt letzteres als Stimulus und befinden sich die Kranken nach dessen Aufnahme wohler, wenn wir auch nicht sicher wissen, ob es die Mikroben direct tödtet. Dass sich die Kranken nach Sauerstoffinhalationen besser befinden, spricht dafür, dass dadurch die Ausscheidung des toxischen Stoffes aus dem Organismus befördert wird. Wie, namentlich in welcher Menge der Sauerstoff in den einzelnen Fällen septischer Erkrankung inhalirt werden soll, muss erst die Erfahrung lehren. Achten aber muss man namentlich darauf, dass der Kranke nicht zu viel inhalirt und die Inhalation nicht unter zu starkem Drucke erfolge. Diese Therapie kann nur dann erfolgreich sein, wenn noch nicht die Nervencentren ergriffen sind. Verf. theilt schliesslich zwei Fälle mit, in denen er diese Therapie einleitete. Ein Fall betraf eine Myotomie und einer einen Geburtsfall bei faulender Frucht. Erstere Kranke genas, letztere starb. Er liess 5—10 Minuten inhaliren, sobald drohende Symptome auftraten. Mit der Inhalation wurde die Respiration ruhiger und verfielen die Kranken in Schlaf. Er meint, im zweiten Falle habe diese Therapie deshalb im Stiche gelassen, weil die septische Infection eine bereits zu schwere war. *Kleinwächter.*

20. ***Subcutane Injection von Eisenpräparaten bei Chloroanämie.*** ***Von Giovanni Dori.*** *(Riforma med. 1893. III. 24, 25. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 48.)*

In manchen schweren Fällen von Chlorose wird die stomachale Einführung von Eisen von Seite des Magens nicht vertragen. In anderen Fällen wird auch bei consequenter Darreichung von Eisenpräparaten per os keine Besserung erzielt. Bei solchen Kranken wurde bereits früher die subcutane Einspritzung des Medicamentes empfohlen und in vielen Fällen mit Erfolg durchgeführt. Bei der Durchprüfung der zur subcutanen Injection empfohlenen Präparate fand Verf. besonders das Ferrum citricum ammoniatum geeignet. In 10%iger Lösung zur Verwendung genommen, genügt die tägliche Einfuhr von 0·05—0·10 Grm., um eine Besserung oder ein completes Schwinden der Krankheit binnen kurzer Zeit herbeizuführen. Die Einspritzungen sind am besten im Intrascapularraume vorzunehmen und sind bei entsprechend antiseptischem Vorgehen vollkommen gefahrlos. Bereits nach der zweiten Injection fühlen sich die Patienten wohler: Magen-, Kopfschmerzen lassen nach. Im Blute lässt sich sowohl eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen nach 4—5 Injectionen, als auch eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes nachweisen. Die Urinmenge sank in den be-



handelten Fällen von 17—1900 auf 1500 Ccm. Abnorme Bestandtheile waren im Harne nie nachweisbar. Ganz bemerkenswerth war bei fünf Kranken eine bedeutende Anschwellung der Milz. Dieser Befund weist auf eine directe Reizung der hämatopoetischen Organe durch das eingespritzte Medicament hin. Die Blutbildung wird dadurch wieder in normale Bahnen gelenkt.

21. ***Die Anwendung der Massage bei einigen Erkrankungen des Rachens.*** *Von Dr. Poli. Aus der Poliklinik des Prof. Massei in Genua. (Annal. des malad. etc. l'oreille de 1893. 10.)*

Verf. berichtet über die Ergebnisse der Vibrationsmassage der Schleimhaut bei einigen Erkrankungen des Rachens. Er verwendet hierzu 20 Cm. lange, vernickelte Kupfersonden, die mit einem Wattetampon armirt und in eine indifferente Substanz, Oel, Vaseline, getaucht sind. Nach vorhergegangener Anästhesirung mit 10%iger Cocainlösung nimmt er das Tapotement und die Effleurage des Pharynxraumes vor, die Dauer einer Sitzung war 10 Minuten und wurden die Sitzungen jeden zweiten Tag wiederholt. Seine Erfahrungen sind nicht so günstige wie die von *Laker* und von *Braun*. Bei acuter Pharyngitis wurde die Massage schlecht vertragen, viel rascher wirkte die von *Gerst* empfohlene äussere Halsmassage, welche ein rasches Verschwinden der lästigen Symptome herbeiführte. Am relativ günstigsten waren die Erfolge bei einfacher Pharyngitis chronica, während bei den Hypertrophien der Mandeln, Granulationen der hinteren Rachenwand erst nach galvanocaustischer Zerstörung derselben eine Besserung durch die Massage eintrat. Bei der atrophischen Pharyngitis war nur geringe Wirkung, bei der Tonsillenhypertrophie gar keine zu verzeichnen.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

22. ***Behandlung der Schenkelbrüche bei Neugeborenen.*** *Von C. J. Ellefsen. (Norsk Magazin. 1893, 7, pag. 159.)*

Bei Schenkelbrüchen Neugeborener ist die Methode von *Bouchut* die zweckmässigste. Man applicirt zwei in Flanell eingenähte Holzschienen der Länge der Vorder- und Hinterfläche des Schenkels entsprechend, legt Watte darauf und fixirt das Ganze mit einer kleinen Kreisbinde. Dann befestigt man den stark flectirten Schenkel mit einigen Bindentouren an das Abdomen des Kindes. Die Wade wird mit einem kleinen Kissen aus zusammengelegter Leinwand unterstützt. Die den Schenkel am Unterleibe fixirenden Bindentouren werden täglich gewechselt. Nach 15 Tagen ist die Heilung erfolgt und der Verband kann fortgenommen werden. *Th. Husemann.*

23. ***Acht Fälle von mit Cholera complicirter Schwangerschaft.*** *Von Dr. J. Kofmann, Odessa. (St. Petersburger med. Wochenschrift. 1893. 40.)*

Die Beobachtungen des Verf. bestätigen auf's Neue, dass die Cholera bei Schwangeren meist letal verläuft. Von acht Fällen mit Cholera complicirter Schwangerschaft verliefen zwei ohne



Abort (einer mit letalem Ausgang, der andere mit Uebergang in Genesung), sechs mit Abort, respective Frühgeburt; von letzteren ging ein Fall in Genesung über, die anderen fünf starben, und zwar einer an Eclampsia puerperarum, einer an Angina maligna und drei an Parotitis suppur. mit Erysipelas faciei. Diese letztere Complication schien immer sehr gefährlich zu sein. Im Falle Acht bot Verf. Alles auf, um alle ursächlichen Momente, die Parotitis hervorrufen könnten, zu entfernen. Die Lösung und Entfernung der Nachgeburt wurde nach sorgfältigster Vorbereitung des Operationsfeldes allen Regeln der Asepsis gemäss ausgeführt. Nach vollbrachter Operation wurden täglich zweimal Irrigationen gemacht, der Mund wurde mit Kali chloricum gespült, die Patientin zeigte absolut keine Reactionserscheinungen seitens der Beckenorgane und doch trat Parotitis ein. Im einen Falle wurde der Eiter bacteriologisch untersucht. Die Untersuchung fiel in Bezug auf Cholerabacillen negativ aus. —r.

24. ***Ueber Verletzung grosser Venenstämme und die bei denselben zur Anwendung kommenden Methoden des seitlichen Verschlusses.*** *Von **Niebergall.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXIII. 6. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 92.)*

Als Blutstillungsmethoden bei seitlichen Verletzungen grosser Venenstämme kommen in Betracht: 1. Die Compression oder Tamponade. 2. die seitliche Ligatur, 3. die Naht der Vene, 4. die seitliche Abklemmung unter temporärem Liegenlassen der Instrumente. Die erste Methode ist bei kleinen Stichverletzungen mit kleinen Weichtheilwunden, besonders aber bei arrodirten Venen ein brauchbares Verfahren. Auch die zweite ist nur bei sehr kleinen Verletzungen mit Erfolg anzuwenden. Beide haben mit der dritten empfehlenswertheren Methode gemeinsam, dass sie bei absolut aseptischem Verlauf sicheren Erfolg versprechen, auch setzen zwei oder drei Wunden oberflächliche Venen voraus, da bei tiefliegenden ihre Anwendung erschwert ist. Alle drei Methoden werden an Einfachheit, Zuverlässigkeit und Verwerthbarkeit in allen Lagen durch die vierte übertroffen. Sie ist sämmtlichen Methoden, die für Blutstillung bei seitlichen Venenwunden in Frage kommen, vorzuziehen. Die Klemmen lässt man 24 Stunden liegen. Alsdann hat eine Verklebung der Intima stattgefunden, die bei vorsichtiger Entfernung der Instrumente genügenden Schutz gegen Wiedereintritt einer Blutung bietet.

25. ***Ueber Behandlung der Unterschenkelbrüche im Umhergehen.*** *Von Dr. **Korsch.** (Charité-Annalen. XVII. Jahrg. — Berliner klin. Wochenschr. 1893. 47.)*

In der Behandlung der Knochenbrüche hat sich in jüngster Zeit ein bemerkenswerther Umschwung vollzogen. Das alte Verfahren: Schienenlagerung bis zur Abschwellung, Gypsverband, schliesslich Massage etc. zur Beseitigung der functionellen Störungen, wird in seinen Einzelheiten modificirt und von Einzelnen, wie z. B. *Bardenheuer*, durch gänzlich abweichende Behandlung ersetzt. — Ueberrascht wurde die ärztliche Welt durch Mittheilungen aus Göggingen, wo der bekannte Orthopäde *Hessing* mit einer alle bisherigen Anschauungen über den Haufen werfenden Kühnheit die ambulante Behandlung der Unterschenkelbrüche unternahm.



Auf einfachere Weise hat *Krause* dasselbe erreicht und nach seinen Vorschriften, wenn auch in Einzelheiten abweichend, hat Verf. in der Charité gearbeitet. Im Gegensatz zu *Krause*, der mit dem Gypsverband 8 Tage wartet, legt Verf. ihn meist schon nach 12 Stunden an, da man nach dieser Zeit erkennen kann, ob die Schwellung noch zunehmen wird oder nicht. Der Verband wird mit leicht gebeugtem Knie und dorsaler Flexion bis handbreit oberhalb des Kniegelenkes des Fusses angelegt. Die Gypsbinden kommen ohne Unterlage auf die eingefettete Haut. Zur Verstärkung dienen vier schmale Schusterspäne. Bei complicirten Brüchen wird nach antiseptischer Behandlung der Wunde ebenso verfahren. Bei Knöchelbrüchen wird nach mehrtägiger Massage der Verband erst am 5.—7. Tage angewendet. Die Verbände bleiben 10—14 Tage liegen und werden dann nach vorhergegangener Massage abermals angelegt. Kurze Zeit nach dem ersten Verbande kann bereits mit den Gehübungen begonnen werden. Die erzielten Resultate waren gute. Die Vortheile des neuen Verfahrens sind so augenfällig, dass sie einer weiteren Darlegung nicht bedürfen.

26. ***Ueber Blutsparung bei Operationen und Verletzungen.*** *Von Prof. Fr. v. Esmarch, Kiel. Vortrag bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg. (Centralbl. f. Chir. 1893. 45.)*

Der Verf. betonte zunächst, dass das von ihm vor 20 Jahren erfundene Verfahren der künstlichen Blutleere nicht blos den Zweck habe, bei Amputationen den Blutverlust zu verhindern; es solle vielmehr den Chirurgen in den Stand setzen, bei allen Operationen an den Extremitäten den Blutverlust zu vermeiden. Der Gedanke sei damals ganz neu gewesen und sei deshalb von der ganzen ärztlichen Welt mit grossem Beifall begrüsst worden. Sehr bald habe man aber nicht nur die Priorität der Erfindung bestritten, sondern auch die Mängel und Nachtheile hervorgehoben, welche das Verfahren haben sollte, Warnungen und Verbesserungsvorschläge daran geknüpft und empfohlen, zu den alten Methoden zurückzukehren. Die Hauptvorwürfe, welche man dem Verfahren gemacht habe und vielfach noch mache, seien folgende: 1. Die reichlichen Blutungen, welche in Folge der Gefässlähmung nach Abnahme des Schnürschlauches eintreten sollten. 2. Die Lähmungen der durch den Schnürschlauch gedrückten Nerven. 3. Das Absterben von Hautlappen oder Wundrändern. 4. Die Gefahr des Eintrittes von septischen Stoffen etc. in den Kreislauf. Er halte es daher nicht für unnütz, gerade in dieser Versammlung noch einmal die Art und Weise zu schildern, in welcher seit 15 Jahren in seiner Klinik die künstliche Blutleere angewendet werde. Das Verfahren bestehe bekanntlich aus 2 Theilen. Es bezwecke: 1. das Blut aus den Gefässen des zu operirenden Körpertheiles herauszutreiben und 2. den arteriellen Blutzufluss während der Operation zu verhindern. Für den ersten Zweck benutze er theils die elastische Umwicklung, theils die senkrechte Erhebung, für den zweiten nur in äusserst seltenen Fällen den früher empfohlenen Gummischlauch, fast immer nur einen elastischen Gurt mit einem sehr einfachen Hackenverschluss. Er schildert die Art und Weise, wie beides angelegt wird, und betont die Vor-



sichtsmassregeln, welche dabei beobachtet werden müssen. Befolge man diese Regeln, so kämen die vorhin erwähnten Nachtheile niemals vor. Da Kautschukstoffe durch langes Liegen, sowie in sehr heissen und sehr kalten Klimaten bald verdürben, so habe er für Kriegszwecke Schnürgurte aus Messingspiralen herstellen lassen, welche viele Jahre lang und in allen Klimaten aufbewahrt werden könnten, ohne zu verderben. Mit dem von ihm für Samariterzwecke angegebenen elastischen Tourniquethosenträger seien bereits zahlreiche Menschenleben vom Verblutungstode gerettet worden. Die Frage, wie lange man einen gut angelegten Schnürgurt wegen Arterienverletzung liegen lassen dürfe, sei noch eine offene. Nach den vorliegenden Erfahrungen scheine es, dass die arterielle Blutzufuhr ohne besondere Nachtheile mindestens 12 Stunden lang unterbrochen werden dürfe. Zum Schlusse erinnert er daran, dass das Verfahren, den Blutstrom in Arterien und Venen durch elastischen Druck zu beeinflussen, bereits zu mehreren anderen sehr wirksamen therapeutischen Eingriffen geführt habe, z. B. zu der Autotransfusion, zur Behandlung der Pseudarthrosen und Aneurysmen, vor Allem aber zu der von seinem Assistenten Dr. *Bier* erdachten, in seiner Klinik mit grossem Erfolg geübten Behandlung der chirurgischen Tuberculosen mittelst der Phlebostase.

Ophthalmologie.

27. ***Beitrag zur Casuistik der recidivirenden Oculomotoriuslähmung.*** *Von **Lyder Borthen**. (Norsk Magazin. 9, pag. 899.)*

Der Fall betrifft einen 46jährigen Lootsen, der seit seinem 16. Lebensjahre in Folge einer durch einen Fall verursachten Contusion des rechten Arcus supercilii anfangs jeden Monats, später 3—4mal im Jahre, Anfälle von Schmerzen in dieser Gegend hatte, die besonders nach Einwirkung kalter Winde eintraten und 20—36 Stunden anhielten. Sie waren meist von Erbrechen begleitet. Nach 7 Jahren gesellte sich zu diesen Anfällen bei Abnahme der Schmerzen Paralyse des rechten Auges mit Ptosis, Mydriasis und Doppeltsehen und später auch mit Störungen der Accommodation, die im Laufe von 3—4 Tagen verschwindet. Nach der vom Verf. in einem solchen Anfalle gemachten Untersuchung ist der Bulbus nach unten und aussen verschoben und handelt es sich um gekreuzte Doppelbilder, wobei das falsche Bild über dem richtigen steht. *Husemann.*

28. ***Neuritis optica bei Myelitis acuta.*** *Von **A. Mahokion**. Inaug.-Dissertat. Berlin 1893. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. September.)*

Nach Aufzählung von acht derartigen bisher in der Literatur bekannten Fällen wird ein in der Prof. *Mendel*'schen Klinik selbst beobachteter genau geschildert. Ein 23jähriger, sonst gesunder Mann stellt sich wegen Sehstörung links seit einigen Tagen in der Augenklinik des Dr. *Hirschberg* vor; es findet sich links Neuritis optica. Sehen der Finger in 1 Meter; rechts und übrige Organe normal, abgesehen von einem adenoiden Nasenrachentumor, dessen Entfernung nach einigen

Tagen Erleichterung schafft; leichtes Fieber und Kopfschmerz. Vier Tage später links Neuritis stärker und auch rechts beginnend, die einen Tag später völlige Amaurose bewirkte; deshalb Aufnahme in die Augenklinik und energische Quecksilber- und Schwitzcur; da sich jedoch am nächsten Tage Parese beider Beine, Sensibilitätsstörung und Beschwerden beim Urinlassen zeigen, Transferirung in die Nervenklinik. Es entwickelt sich nun unter Fieber das Bild einer Myelitis acuta ascendens, die nach zwei Monaten unter wechselnden Krankheitserscheinungen (vorübergehende Abducens- und Internusparese und Decubitus) ad exitum führt; Sehen war auf Fingerzählen in 1/2—1 Meter wiedergekehrt. Die Autopsie ergab keine makroskopisch sichtbaren Veränderungen. Bezüglich des Zusammenhanges der Krankheitserscheinungen spricht sich Verf. auf Grund der Literaturergebnisse bezüglich der experimentellen Forschungen dahin aus, dass wahrscheinlich vasomotorische Einflüsse, durch Läsion des Halssympathicus bedingt, die Ursache der Sehnervenerkrankungen bei Myelitis acuta darstellen.

29. ***Schnellcur der Dacryocystitis chronica.*** *Von **Denti.** (Bolletino della Poliambulanza. Milano 1893. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. September.)*

Verf. eröffnet den Thränensack in seiner ganzen Länge unter Durchtrennung des Ligam. palpebrarum internum, macht die Stricturotomie, darauf Auskratzen des Sackes mittelst des scharfen Löffels von *Wecker*, eventuell auch des Nasencanals mittelst der olivenförmigen Löffel von *Tartuferi*, bei Dilatation des Sackes auch Excision der vorderen Wand, endlich Naht, um Heilung durch prima intentio zu erzielen. Der Zweck ist Verödung des Thränensackes. In dieser keineswegs neuen Curmethode kann von prima intentio nur in dem Hautschnitt die Rede sein, Verf. glaubt aber prima intentio im ganzen ausgekratzten Thränensack zu erhalten, der sich ja offenbar nur durch Granulationsbildung repariren kann.

30. ***Zur Therapie einiger chronischer Conjunctivalerkrankungen.*** *Von Dr. **A. Peters,** Bonn. (Arch. f. Ophthalm. Bd. XXXIX. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 91.)*

Verf. empfiehlt folgendes Verfahren. Nach Cocaineinträuflung wird das obere Lid ectropionirt und ein gerades, vorn abgerundetes, stumpfes Lanzenmesser senkrecht zur Schleimhautfläche und zum Tarsalrande aufgesetzt und dann längs desselben so entlang geführt, dass ein nicht zu starker Druck ausgeübt wird. Darauf wird die Tarsalfläche durch ein- bis zweimaliges Hin- und Herführen des Instrumentes abgeschabt und dann bei stark nach unten gerichtetem Blick die Schleimhaut der Uebergangsfalte, auch wenn sie sich nicht in grösserer Ausdehnung präsentirt, in gleicher Weise behandelt. Bei späteren Eingriffen wird die Schleimhaut des unteren Lides, besonders aber die Gegend der Carunkel und der Plica semilunaris, in Angriff genommen. Das leichte Brennen, über welches nach der Operation geklagt wird, verschwindet rasch unter Anwendung kalter Umschläge. Durch dies Abschaben der Conjunctivalschleimhaut hat Verf. bei chronischer Conjunctivitis granulosa in kurzer Zeit einen eclatanten Umschwung in dem torpiden Charakter der Erkrankung erzielt, indem meistens schon nach einmaliger Vornahme des Eingriffes neben der Beseitigung



der Beschwerden rasche Rückbildung der pathologischen Veränderungen im Bereiche der Conjunctiva und Cornea eintrat. In Fällen mit Narbenbildung und atrophischen Veränderungen war eine alle drei bis vier Tage vorgenommene Wiederholung des Eingriffes erforderlich. Recidive sind bei dem Verfahren nicht ausgeschlossen; sie werden in derselben Weise behandelt. Bei einigen Fällen von sogenanntem Frühjahrscatarrh wurde durch dieselbe Art der Behandlung nur eine Beseitigung der Beschwerden, nicht aber der Wucherungen beobachtet. Bei der unter dem Namen des Catarrhus siccus bekannten Affection wurden die oft nicht unerheblichen Beschwerden in der Mehrzahl der Fälle beseitigt oder doch wesentlich gebessert. Verf. hält es für nicht unwahrscheinlich, dass die Methoden, welche bisher als die besten beim Trachom angepriesen werden, wie die Abreibung der Conjunctiva mit Wattebäuschen, die Anwendung von Stahldrahtbürsten oder des scharfen Löffels, die Behandlung mit der Rollzange, die Excision der Uebergangsfalte u. s. w., hauptsächlich durch die Entfernung der Epithelschicht wirken.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

31. ***Beitrag zum Studium der Nasentuberculose.*** *Von* ***Dionisio,*** *Turin. (Boll. delle Mal. dell' Orechio. 1892. 12. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 43.)*

Verf. berichtet über zwei Fälle von primärer Nasentuberculose. Der erste Fall mit neoplastischer, vegetirender Form betrifft ein 18jähriges Mädchen, der zweite mit ulceröser Form einen 22jährigen Mann. In beiden Fällen wurde die Diagnose von der mikroskopischen Untersuchung des neoplastischen Gewebes und der abgetragenen Granulationen bestätigt. In beiden Fällen fehlten Zeichen von tuberculösen Läsionen anderer Organe. Im ersteren Falle wurde mittelst der chirurgischen Behandlung nach drei Monaten Heilung ohne Recidive erzielt; im zweiten Falle entstanden frische Tuberkel in der Umgebung, die nach und nach exulcerirten.

32. ***Ueber Carcinom und Carcinosen.*** *Von* ***Unna.*** *Vortrag im ärztlichen Verein zu Hamburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 48.)*

Anknüpfend an einen Fall von Xeroderma pigmentosum, den Verf. vorstellt und der deshalb besonderes Interesse besitzt, weil er ein Mitglied der Holstein'schen Familie B. betrifft, von der die ältesten Krankengeschichten des Xeroderma pigmentosum vorliegen und bei dem zur Zeit ein Carcinom am rechten Mundwinkel sich entwickelt hat, macht Verf. einige allgemeine Bemerkungen über Carcinom und Carcinosen. Während bei den meisten isolirten Hautcarcinomen die Entstehung dunkel ist, und wir aus der Anamnese keinen Fingerzeig über die genauere histologische Structur der Neubildung erhalten, ist dies anders in jenen Fällen, wo bekannte Dermatosen die Vorstufe des Carcinoms bilden. Dem Xeroderma pigmentosum zur Seite steht die ätiologisch ganz analoge (chemische Lichtwirkung) Carcinose der Seemannshaut. Hieran schliesst sich

der Schornsteinfegerkrebs, der Paraffinkrebs *Volkmann's* und der Krebs auf dem Boden der Tabaksleucoplacie. Bei allen fünf Dermatosen wird der Boden durch chemische Reize präparirt. Weiter haben wir die eczemähnlichen Voraffectionen von *Paget's* Carcinom der Brustwarze, die eigenthümliche Dermatose, die dem *Jacobs*'schen Geschwür (dem echten Ulcus rodens) vorhergeht, die seborrhoische Warze des seborrhoischen Carcinoms und die Nävi der Nävicarcinome. In allen neun Krebsarten können wir bereits den Bau des späteren Krebses ziemlich genau vorher bestimmen.

33. ***Ueber Farbenreactionen des Sputums.*** *Von Doctor **A. Schmidt.** Aus der II. med. Klinik zu Berlin. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 10. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 47.)*

Verf. verwendet das *Ehrlich*'sche Farbengemisch zur makroskopischen Tinction des Auswurfs. Ein erbsengrosses Stück des Sputums wird im Reagensglas durch Schütteln mit $2^1/_2$ %igem Sublimatalkohol fein vertheilt und nach dem Abgiessen des Alkohols mit verdünnter Farblösung behandelt; nach circa 5 Minuten wird diese abgegossen und durch mehrmaliges Aufgiessen von destillirtem Wasser wird der überflüssige Farbstoff entfernt. Während nun zellenreiche Sputa, je nachdem das Zellplasma gut erhalten oder zerstört ist, entsprechend dem mikroskopischen Verhalten einen zwischen violettroth und grünblau schwankenden Ton annehmen, ergibt sich ein durchgreifender Unterschied im Verhalten der beiden Formen von Sputum, die fast nur aus Grundsubstanz bestehen, des pneumonischen und des schleimigen; ersteres färbt sich roth, letzteres grün oder blau. Die Ursache dieser Verschiedenheit findet Verf. in dem verschiedenen Gehalt an Eiweiss und Schleim: letzterer überwiegt im schleimigen; Eiweiss im pneumonischen Sputum. Da die meisten Sputumarten Schleim und Eiter gemischt enthalten, nehmen sie einen zwischen violett und grünblau schwankenden, meist einen schmutzigvioletten Farbenton an: dies ermöglicht eine deutliche Unterscheidung von bronchitischem und pneumonischem Auswurf; denn der letztere erscheint immer rein roth gefärbt. Verf. glaubt, dass in dieser Hinsicht seine Reaction auch diagnostisch verwendet werden kann und gibt die Krankengeschichte eines Falles von acuter eiteriger Pleuritis, bei dem aus den klinischen Symptomen die Differentialdiagnose zwischen Pleuritis und Pneumonie anfangs nicht gestellt werden konnte, während die farbenanalytische Untersuchung des Auswurfes von Anfang an eine grauviolette, nie eine rothe Gesammtfarbe ergeben hatte.

34. ***Ueber das Vorkommen der eosinophilen Zellen im menschlichen Blute.*** *Von Dr. **J. Zappert.** (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIII. Heft 3 u. 4. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 88.)*

Die Resultate, welche der Verf in Bezug auf das Vorkommen der eosinophilen Zellen im menschlichen Blute erhalten hat, lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1. Im Blute sonst gesunder Menschen schwanken die eosinophilen Zellen zwischen 50 und 250 im Cubikmillimeter. Uebersteigen der oberen Grenze ist nicht selten, ja sogar Vermehrung bis auf 700 im Cubikmillimeter und höher kein vereinzelter Befund. 2. Bei Kindern gehört eine hohe Zahl der eosinophilen Zellen zur Regel. 3. Das Geschlecht, die Gravidität, die Menstruation hat — wenigstens nach vor-



liegenden Untersuchungen — keinen Einfluss auf die Zahl der eosinophilen Zellen. 4. Bei Leukämie sind in der Regel die eosinophilen Zellen absolut, nicht aber relativ vermehrt; die Procentzahlen schwanken zwischen 2 und 6. 5. Die Chlorosen und schweren Anämien lassen sich in eine Gruppe mit normaler oder vermehrter und in eine mit verminderter Anzahl eosinophiler Elemente eintheilen. Bedeutung für die Prognose dieser Zustände hat die hier angeführte Scheidung nicht. 6. Bei Herzfehlern lässt sich keine Vermehrung der eosinophilen Zellen constatiren. 7. Afebrile Lungentuberculose geht häufig mit Verminderung der besprochenen Elemente einher. 8. Bei Asthma bronchiale und Emphysem ist eine Vermehrung der eosinophilen Zellen vorhanden. 9. Leberaffectionen (mit Ausnahme der Neoplasmen) haben häufig Vermehrung der eosinophilen Zellen zur Folge. 10. Bei Nephritis herrscht unabhängig von urämischen Symptomen die Vermehrung derselben vor. 11. Sogenannte functionelle Neurosen zeigen überaus häufig Vermehrung der eosinophilen Zellen; bei anatomischen Nervenkrankheiten und Psychosen bleibt ihre Anzahl in der Regel normal. 12. Ein grosser Theil der Hautkrankheiten zeichnet sich durch oft hochgradige Vermehrung der eosinophilen Zellen aus; dieselbe scheint jedenfalls von der Art und Intensität der Krankheit abzuhängen, die Grösse der Ausdehnung kommt erst in zweiter Linie in Betracht. 13. Bei malignen Neubildungen dürfte die zunehmende Cachexie Verminderung der acidophilen Elemente zur Folge haben. In der Agonie kommt es gewöhnlich zu bedeutender Verminderung der eosinophilen Zellen. Bei hohem Fieber ist die Zahl der oxyphilen Elemente überaus häufig reducirt; dagegen tritt nach Ablauf desselben nicht selten eine Erhöhung ihrer Menge auf Manchmal setzt diese Vermehrung schon während des Fieberstadiums ein.

35. ***Die Bedeutung der Riesenzellen als Phagocyten.*** *Von **Faber.** (Hosp.-Tid. 1892. — 38. Deutsche Med.-Ztg. 1893. 85.)*

Verf. berichtet über folgenden interessanten Versuch. Er brachte warmen $1\frac{1}{2}$—3% Agar-Agar-Leim in das subcutane Gewebe von Kaninchen und formte diesen durch unmittelbar daran anschliessende Application des Aethersprays zu einer steifen Masse um. Monate darnach fand man das Agar scheinbar unverändert, ohne makroskopische Zeichen von Entzündung zu erkennen; untersuchte man aber mikroskopisch, so fand man alle Zeichen einer chronischen Entzündung: in der unmittelbaren Umgebung des Agars fand man Leukocyten, epitheloide Zellen und vielkernige Riesenzellen. Diese letzteren traten nach dem 12. Tage in verschiedener Menge auf und enthielten regelmässig grössere oder kleinere Agarklumpen, die sich nach und nach zertheilen und dann in der Zelle ganz verschwinden. Dass dies wirklich der Fall ist, sieht man deutlich, wenn man das Agar mit Carmin oder Berlinerblau färbt; man erkennt dann im Protoplasma der Zellen feine Farbstoffkörnchen, die nur dadurch in das Protoplasma gelangen können, dass das Agar sich auflöst.



Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

36. ***Zur Frage der Gefahren für das Leben und die Gesundheit in Gewerbebetrieben.*** *Bericht der k. k. Gewerbeinspectoren über ihre Amtsthätigkeit im Jahre 1892. Wien 1893. (S. auch Nr. 955 des vor. Jahrg.)*

II. In einer Metallwaarenfabrik litten die Arbeiter durch die in die Arbeitslocale dringenden Rauchgase, die sich beim Ausbrennen von Kupferröhren entwickelten. Der Fabrikant, auf diesen Uebelstand aufmerksam gemacht, traf sofort Abhilfe, indem das Ausbrennen in einen separaten Schupfen verlegt und der Rauch mittelst einer genügend hohen Blechesse abgesaugt wurde In Malzfabriken wurden für die Putzmaschinen Staubsauger und Staubsammelkammern verlangt. Die in Bierbrauereien und Malzfabriken beschäftigten Arbeiter, welche das auf den Malzdarren behufs Trocknung ausgebreitete Grünmalz zeitweise umzuschaufeln haben, müssen diese, jeweils 6—10 Minuten dauernde Arbeit bei einer Lufttemperatur von 50—78° R. (!) ausführen, was zweifellos der Gesundheit nachtheilig ist. Hierzu kommt noch, dass die betreffenden Arbeiter häufig lange Wegstrecken durch zugige Gänge und Bodenräume zurücklegen müssen, um vom Darrraum in ihr Wohnzimmer zu gelangen. Es ist nunmehr Aussicht vorhanden, dass das Wenden des Malzes nicht mehr durch Menschenhände, sondern mechanisch durch den sogenannten Malzwender erfolgen wird, ein Apparat, der in Deutschland bereits vielfach eingebürgert ist. Von den 10 Brauereien im Wiener Polizeirayon hat bisher nur die Brauerei Meichel in Simmering 2 Darren mit dem genannten Apparate ausgerüstet und da sich derselbe gut bewährt hat, soll demnächst auch eine weitere Darre diese Einrichtung erhalten. Es beabsichtigen aber auch eine Reihe anderer Brauereien den Malzwender einzuführen, um hierdurch eine gesundheitsschädliche Verrichtung entbehrlich zu machen. Da die Ventilation von Arbeitsräumen sowohl den Zweck hat, die durch das Athmen und durch die Ausdünstung der Arbeiter verdorbene Luft durch frische Luft zu ersetzen, als auch die durch die Arbeitsprocesse der Luft beigemengten schädlichen oder belästigenden Gase oder Staubarten zu entfernen, so wird zumeist der erstere Zweck vollkommen mit erreicht, wenn man dem zweitgenannten Momente mit möglichster Gründlichkeit nahetritt. Oft muss man bei Inspectionen von mit Staub und übelriechenden Gasen erfüllten Arbeitsräumen von den Gewerbeinhabern gegen die Forderung einer energischen Ventilation den Einwurf hören, dass ja der Raum nicht überfüllt sei; sie halten also die Ventilation nur dort für nothwendig, wo Arbeiter in grosser Zahl versammelt sind und sie wollen der durch die Manipulation bedingten Verschlechterung der Luft keinen oder nur geringen schädlichen Einfluss auf die Gesundheit der Arbeiter zuerkennen. Dass dieser irrigen Ansicht stets entschieden entgegenzutreten sei, ist wohl selbstverständlich. So wurde in den Schrobelsälen mancher Schafwollspinnereien durch die Schmelzfette sehr übelriechende und durch Wollstaub sehr verunreinigte Luft vorgefunden. Trotzdem diese Luft bei den inspicirenden Beamten und den hierbei inter-



venirenden Fabriksangestellten heftigen Hustenreiz erregte, erklärten die letzteren eine Ventilation deshalb für überflüssig, weil nur wenige Arbeiter (bei 30 Cbm. Luftraum pro Kopf) im Raume sich befanden. In diesen und ähnlichen Fällen wurde empfohlen, die Ventilation so ausgiebig zu gestalten, dass in den Arbeitslocalen zum Mindesten ein 1—1½maliger Luftwechsel in der Stunde eintritt. Die Ventilation, beziehungsweise die Verbesserung derselben müsse weiter angeordnet werden in den Schabestuben einiger Gerbereien, in mehreren Wolfereien, dann in den Mühlenlocalen der Emailgeschirrfabriken und der Thonwaarenerzeugung, in einer Glasfabrik und in einer sehr grossen Anzahl von Kleinbetrieben. So schwer es manchmal ist, selbst mit mechanischen Einrichtungen eine gute Ventilation zuwege zu bringen, so zeigt das nachstehend verzeichnete Beispiel, dass unter Umständen mit leichter Mühe Vorzügliches erreicht werden kann. In der Wollwaarenfabrik der Firma Heinrich Kafka & Sohn in Brünn wurde bisher bei allen Revisionen, sei es bei Tag oder bei Nacht, in allen Arbeitslocalen eine verhältnissmässig sehr gute Luft angetroffen. Allerdings ist diese Fabrik ein Muster von Reinlichkeit und Ordnung, und nur daraus erklärt es sich, dass ohne Exhaustoren das Auslangen gefunden wird. Die Lufttemperatur in allen Arbeitslocalen wird stets auf einer der Gesundheit der Arbeiter entsprechenden Höhe gehalten; die Wolferei, Schrobelei und Spinnerei wird durch je sechs 24/24 Cm grosse, im Mauerwerk befindliche und unter das Dach ausmündende Luftschächte und durch 10 denselben gegenüberliegende Klappfenster, wie oben gesagt, ausgiebig ventilirt. In der Nacht werden übrigens — wenn es die Witterung halbwegs zulässt — die Fenster geöffnet und sodann vor Beginn der Arbeit die Locale ausgiebig erwärmt. Der auf jeden Arbeiter entfallende Luftraum beträgt in der Schrobelei und Wolferei 150, in der Spinnerei 188 und in der Weberei 30 Cbm. Die entsprechende Bodenfläche beträgt in jenen Localen 35, bezw. 42 und 9 Qm.

Dr. *E. Lewy.*

37. ***Ueber Kochflaschen und Kochgeschirre aus Aluminium.*** *Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. Von* ***Plagge*** *und* ***Lebbin.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 49.)*

Auf Veranlassung des kgl. preuss. Kriegsministeriums hatte sich das hygienisch-chemische Laboratorium im Friedrich Wilhelms-Institut in den letzten Jahren mit der Frage des Ersatzes der zerbrechlichen und deshalb für das Feld wenig geeigneten Feldflaschen aus Glas mit Lederumhüllung durch Aluminiumfeldflaschen zu beschäftigen. Die Resultate der angestellten Prüfungen sind: Die Aluminiumfeldflaschen mit 500, beziehungsweise 750 Ccm. Füllraum wiegen 100, beziehungsweise 135 Grm., mit Filzumhüllung 100 Grm. mehr, während die jetzigen Glasfeldflaschen mit Lederumhüllung 633 Grm. wiegen. Die Untersuchung erstreckte sich zunächst auf die grobe, praktische Brauchbarkeit der Aluminiumgefässe, auf die Haltbarkeit, beziehungsweise Abnutzung, den Kostenpunkt und die ärztlich-hygienische Frage der Gesundheitsschädlichkeit oder -Unschädlichkeit der Aluminiumgefässe. Die Verff. fassen das Gesammtergebniss der Untersuchungen über die Aluminiumfeldflaschen dahin zusammen, dass weder vom praktischen, noch



vom ökonomischen Standpunkte aus wesentliche Bedenken vorliegen. und dass vom sanitären Standpunkt die Verwendung derartiger Flaschen ganz unbedenklich erscheint. Ihre grossen Vorzüge sind: Leichtigkeit, Rostfreiheit, Ungiftigkeit gegenüber anderen Metallcompositionen, und gegenüber den bisherigen Glasflaschen: Unzerbrechlichkeit. Den ihnen anhaftenden Mängeln: Bildung schwarzbrauner Flecken durch gerbsäurehaltige Getränke, weisser Flecken durch schwache Salzlösungen, unter Umständen auch durch gewöhnliches Trinkwasser bei längerem Stehen, wird durch zweckmässige Behandlung, wenn nöthig durch zeitweise gründliche Reinigung mit heisser Sodalösung, im schlimmsten Falle mit kalter Salpetersäure zu begegnen sein. Auch die Aluminiumkochgeschirre werden sehr günstig beurtheilt. Bedenken, welche der niedrige Schmelzpunkt des Metalls (700°) erregte, erwiesen sich als nicht gerechtfertigt. In ökonomischer Beziehung erwiesen sich die Kochgeschirre als vortrefflich. Versuche über die Angreifbarkeit des Aluminiums durch Speisen und Getränke ergaben: *a)* dass Aluminiumkoch- und -Trinkgefässe zwar von den meisten Speisen und Getränken angegriffen werden, aber *b)* nur in geringem und bei fortgesetztem Gebrauche rasch abnehmendem Grade; *c)* dass die in Betracht kommenden Aluminiummengen pro Kopf und Tag nur wenige Milligramme betragen. Sehr eingehend ist die Frage der Gesundheitsschädlichkeit des Aluminiums behandelt. Die Verf. vervollständigten die *Siem*'schen Untersuchungen durch eigene Thierversuche und Ernährungsversuche am Menschen und fassen das Gesammtergebniss ihrer Untersuchungen dahin zusammen, dass in sanitärer Hinsicht Bedenken gegen die Verwendung von Trink- und Kochgeschirren aus Aluminium nicht bestehen. Ob die den letzteren anhaftenden kleinen praktischen Mängel durch ihre anderweitigen grossen Vorzüge aufgewogen werden, müsste (speciell für militärische Zwecke) durch fortgesetzte Trageversuche und die praktische Erfahrung erwiesen werden.

38. ***Radfahrerkrankheiten.*** *Von Dr. **Axel Winckler**, Badearzt in Steben. (Der ärztl. Prakt. 1893.)*

Als das Radfahren aufkam, wetteiferten die Aerzte und die Hygieniker in seinem Lobe und es war des Rühmens kein Ende. Dr. *Richardson* empfahl das Radfahren gegen Hämorrhoidalzustände und Varicen. *Jennings* verschrieb das Tricycle bei Schwindsucht im ersten Stadium, bei beginnender Gelenksteifigkeit der Gichtkranken u. s. w., *Hammond* bei Nervenleiden und so fort.

Nüchterne Beobachter fanden jedoch allmälig heraus, dass das Velociped auch seine Schattenseite habe. Der Kopfsturz ist wegen seiner schweren Folgen besonders berüchtigt geworden. Glücklicherweise ist gerade der Sturz auf den Kopf selten. Der Radfahrer bleibt nämlich beim Ueberschlagen des Rades zunächst in seiner aufrechten Stellung und erst in dem Momente, wo er mit den Füssen den Boden berührt, reisst die Lenkstange beide Beine nach rückwärts, so dass der Fahrer auf die Hände und Knie zu fallen kommt, nur wenn die Geschwindigkeit eine sehr grosse war und die Hände dem Anprall nicht Stand halten können, schlägt auch der Kopf auf den Erdboden Dem entsprechend sind die häufigsten Verletzungen des Radfahrers Hautabschürfungen



an Händen und Knien, Verstauchungen der Handgelenke, Prellungen der Kniescheiben, eventuell Patellarbrüche. Der berüchtigte Kopfsturz kommt in der Regel nur dann vor, wenn der Radfahrer bei einer besonders scharfen Curve seitwärts hinausgeschleudert wird. Fast noch bedenklicher als die gelegentlichen Verletzungen in Folge Stürzens erscheinen Verf. die Folgen des sportlichen Missbrauches, der mit dem Fahrrade getrieben wird. und der bei Wettrennen seinen Gipfel erreicht. Zu der schlechten Körperhaltung derer, die das nützliche Vehikel zu einem Werkzeuge des Sports machen, gesellen sich häufig Herzhypertrophie, Lungenblutungen und sonstige Folgen der Ueberanstrengung. Als Folgen gelegentlicher Durchnässungen auf weiten Touren an Regentagen kommen rheumatische und katarrhalische Erkrankungen vor. Die bisher aufgezählten üblen Folgen des falsch betriebenen oder übertriebenen Radfahrens können wohl auch bei anderen forcirten Leibesübungen vorkommen. Es gibt aber noch andere Folgen, die dem Radfahrersport speciell anhaften. Das Bicycle kann durch andauernde Erschütterung der Wirbelsäule dem Nervensystem, insbesondere dem Rückenmark, nachtheilig werden und eine Spinalirritation in optima forma hervorrufen. Seit Einführung des pneumatischen Radbelages, der die durch Unebenheiten des Bodens hervorgerufenen Stösse abschwächt, kommt dieser Uebelstand weniger als sonst zur Geltung. Aber Thatsache ist, dass die vibrirenden Stösse der Maschine den zu Nervenleiden disponirten Personen schlecht bekommen. Eine andere Folge übertriebenen Radfahrens ist eine eigenthümliche Entzündung der Prostata. Diese Radfahrerkrankheit ist zuerst in England beobachtet worden, wo das Radfahren übertrieben worden ist. Nach Dr. *J. W. Iridin* im „Medical and Surgical Reporter" waren die Symptome bei allen Patienten die gleichen, wenige Stunden nach dem Fahren stellte sich ein Gefühl von Brennen am Blasenhalse im Augenblicke des Urinirens ein, sowie ein langwieriger und schmerzhafter Zustand von Erection, der oft drei bis vier Tage andauerte. Die Harnröhre war gegen Druck empfindlich; in den Hoden war ein Gefühl von Schwere und dumpfem Schmerz. Im Beginne war kein Ausfluss der Harnröhre, aber nach drei bis vier Tagen zeigte sich ein dicker, gelb gefärbter Eiter. Nach einer sechs- bis siebentägigen Behandlung mit Purgantien, Bromkampfer und der nöthigen Ruhe trat Genesung ein. Auch *Millée* und *Ménière* berichteten in der Pariser „Société de médecine pratique" über einige Fälle, wo nach angestrengtem Radfahren Urethritis, Priapismus und Tenesmus der Blase entstanden. Verf. beobachtete ebenfalls einen Fall, wo ein passionirter Radfahrer lange Zeit an einem derartigen Leiden laborirte. Der Betreffende glaubte an Samenfluss zu leiden, da nach jedem Stuhlgange Prostataschleim aus der Harnröhre austrat. Auch andauernder Priapismus war in diesem Falle vorhanden. Verf. ist übrigens weit davon entfernt, gegen das Radfahren zu polemisiren. Die gesundheitsfördernden Wirkungen eines mässigen Radfahrens sind unleugbar und augenscheinlich. Zum Schlusse warnte er davor, Kinder und junge Leute radfahren zu lassen, deren Knochenwachsthum noch nicht vollendet ist; bei ihnen begünstigt dieser Sport Verkrümmungen der Wirbelsäule, lässt auch Herzaffectionen



zu Stande kommen. Will man ein Kind durchaus „radeln" lassen, so sorge man wenigstens für eine äusserst leicht gebaute Maschine, deren Masse genau für seinen Körper passen, und dulde nicht, dass das Kind nach berühmten Mustern krumm darauf sitze.

Literatur.

39. ***Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte.*** *Anthropologische Studien, gegründet auf eine Darstellung der Biologie und Psychologie des normalen Weibes. Von **C. Lombroso** und **G. Ferrero.** Deutsch von Dr. Kürella. Mit sieben Tafeln und achtzehn Textillustrationen. Hamburg, Richter, 1894.*

Wie aus dem Titel zu ersehen, hat der Verf. der beiden Werke: „Der Verbrecher" und „Der politische Verbrecher" im Vereine mit seinem früheren Mitarbeiter, dem aber diesmal die Hauptaufgabe zufiel, seine anatomisch-psychologisch-sociologischen Studien auf das Weib concentrirt. Sowie wir dies schon bei Besprechung seiner früheren obgenannten Werke constatirten, wurden auch diesmal eine Unzahl von Einzelbeobachtungen, statistische Daten, Messungen und sonstige Erfahrungen und Studien aller Art und Bedeutung mit grossem Fleiss, aber ohne allzuviel Auswahl aus der Literatur der ganzen Welt zusammengetragen, um als Unterlage und auch als Folie für die bekannte Theorie des Verf. verwerthet zu werden, nur ist diesmal das Weib der alleinige Brennpunkt. Der Referent kann und muss daher auf seine obcitirten Referate über die früheren beiden Werke verweisen, und möchte nur den Inhalt betreffend die folgenden Bemerkungen machen: Der erste grosse Abschnitt des in vier Theile zerfallenden Werkes behandelt ausschliesslich das normale Weib, dessen Anatomie, Biologie und Psychologie, Alles in besonderen Capiteln. Aber auch der Grausamkeit, dem Mitleid, der Mutterschaft, Liebe, Intelligenz, und zwar Alles das beim normalen Weibe, sind besondere Abschnitte gewidmet, was der Uebersichtlichkeit und dem leichten Verständnisse leider grossen Abbruch thut. Bei einem Buche über das abnorme Weib sind fast 200 Seiten blos über das normale Weib, gleichsam als einleitende Einführung in den eigentlichen Stoff doch etwas viel. Dagegen erscheint der zweite, ganz neue Theil: „Die Criminalogie des Weibes", recht kurz behandelt, bespricht die weiblichen Verbrechen im Thierreiche, bei wilden und primitiven Völkern und endlich die Geschichte der Prostitution; Alles zusammen etwa 60 Seiten. Der dritte Theil des Werkes ist etwas stärker, und behandelt die pathologische Anatomie und Anthropometrie der Verbrecherinnen und Prostituirten. In 9 Unterabschnitten werden da der Schädel, dessen descriptive Merkmale, das Gehirn, physiognomische und Schädelanomalien, Messungen bei Verbrecherinnen und Prostituirten, Anomalien der Eingeweide, Verbrechertypus, Atavismus und die Tätowirung besprochen, zum Theile so diverse Dinge, dass man oft kaum begreift, wie es dem Verf. gelingen konnte, sie alle unter eine einheitliche Signatur zu bringen. Diesen dritten Theil möchte Referent als den verworrensten, laienhaftesten und geringwerthigsten betrachten. Man hat von vorneherein das bestimmte Gefühl, dass Theorien, die auf einer solchen Unmasse von theilweise so schwachen Beobachtungen und Er-



fahrungen basirt sind, keinen bleibenden Werth, wenn überhaupt einen haben können. Der vierte und weitaus umfangreichste Theil des ganzen Werkes endlich begreift die Biologie und Psychologie der Verbrecherin und Prostituirten, und bringt in einigen seiner 12 Abschnitte recht Interessantes, z. B. über die geborene Verbrecherin, Gelegenheits-, Leidenschaftsverbrecherin. Theilweise sehr unbedeutend sind Capitel über Selbstmord, irre, epileptische und hysterische Verbrecherin; ebenfalls nichts Neues finden wir in den beiden letzten Capiteln über die geborene und die Gelegenheitsprostituirte. Alles in Allem dürfte trotz mancher Verdienste das vorliegende Werk seine beiden Vorgänger, besonders den ersten derselben, an inneren Werth nicht erreichen. *v. Buschman.*

40. ***Der Hypnotismus und die verwandten Zustände vom Standpunkte der gerichtlichen Medicin.*** *Von Dr.* ***Gilles de la Tourette.*** *Mit einem Vorwort von Charcot. Hamburg, Richter.*

Verf. erzählt zuerst die Geschichte des Hypnotismus von *Messmer* angefangen bis *Braid* und dann bis heute zu *Charcot* und seiner Schule, welche denselben erst so eigentlich in die Wissenschaft eingeführt hat. Dann schildert er die eigentlichen hypnotischen Zustände und die dieselben vermittelnden Umstände, weiters die hypnotischen Suggestionen im Schlafe und im Wachen, deren Verschiedenheiten, die verbrecherischen Suggestionen, den Widerstand dagegen, endlich rückwirkende und innerliche Suggestion. Dann geht er über auf die dem Hypnotismus verwandten Zustände: den natürlichen Somnambulismus, den pathologischen Somnambulismus, die Hysterie, den sogenannten zweiten Zustand. Alles dies wird gleich durch zahlreiche, theilweise sehr lehrreiche Beispiele und Krankengeschichten erläutert und dem Verständnisse wesentlich näher gebracht. Weiters bespricht Verf. die Anwendung des Hypnotismus zu Heilzwecken, dessen Nutzen und Gefahren hierbei, und kömmt dann auf den Haupttheil seines Werkes zu sprechen, nämlich den Hypnotismus vor dem Gesetze. Hier werden besonders behandelt die Ausführung von Verbrechen und Vergehen durch Hypnose, die Ausbeutung des Magnetismus, derselbe als Gewerbe und gegenüber dem Gesetze, und endlich eine Reihe von gerichtsärztlichen Gutachten, bei denen es sich um Hypnotismus und verwandte Zustände handelt. Der Standpunkt des Verf.'s ist vollständig über den Parteien, seine Schilderungsweise höchst klar und anziehend; auch die deutsche Uebersetzung des französischen Originals ist ganz gelungen. Alles in Allem genommen muss gesagt werden, dass das Buch dasjenige, was sein Titel verspricht, in der angenehmsten Weise einhält und einen deutlichen Ueberblick gewährt, ohne sich in Details zu verlieren. *v. Buschman.*

Kleine Mittheilungen.

41. ***Empfindliches Reagens auf Kohlenoxyd.*** *Von* ***J. Habermann.*** *(Pharmac. Centralh. 1893. 16. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 72.)*

Eine Lösung von Silbernitrat wird mit soviel Ammoniak versetzt, dass ein kleiner Theil des sich anfangs ausscheidenden Silberoxyds ungelöst bleibt; die filtrirte Lösung ist, vor Staub geschützt, viele Monate haltbar und wird selbst im directen Sonnenlichte nicht gebräunt. Leitet man Luft durch das Reagens, so wird in demselben keinerlei Färbung wahrgenommen; bei einem Gehalt von 0·1% Kohlenoxyd jedoch tritt eine deutliche Braunfärbung auf.



42. ***Salicylsäure als Wurmmittel gegen Tänien*** hat *Ozegowski* mit Erfolg angewendet. Der Kranke darf am Tage vor der Cur nicht zu Mittag essen, des Abends nimmt er 30 Grm. Ricinusöl, am folgenden Morgen 15 Grm. Eine Stunde später nimmt der Patient 1 Grm. Salicylsäure, nach 1 Stunde wieder 1 Grm. und so im Ganzen 4 Grm. Wenn der Bandwurm nicht eine Stunde nach dem letzten Pulver abgegangen ist, werden noch 15 Grm. Ricinusöl nachgegeben und der Bandwurm erscheint dann im Allgemeinen. *Hertzka*, Carlsbad.

43. ***Das Tribromphenol als Bandwurmmittel*** empfiehlt *Grimm*, auf die Beobachtungen von *Baumann* und *Herter* gestützt, die sich auf die Unlöslichkeit dieser Verbindung im Magensaft, ihre Löslichkeit im Darmsaft und ihre Anwendbarkeit als Darmdesinficiens beziehen. Die Taenia mediocanellata und der Bothryocephalus latus werden nach Verf. durch Darreichung von 5—10 Dosen à 0·1—0·2 Grm. Tribromphenol abgetrieben. Was die Maximaldose anbelangt, so hat der Verf. festgestellt, dass man in mehreren Einzelgaben, im Laufe von 3—9 Stunden, pro die bis zu 5 Grm. Tribromphenol geben kann, ohne dass Leibschmerzen oder ein unangenehmer Geschmack im Munde auftreten. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 95.) *Hertzka*, Carlsbad.

44. ***Ein angenehmes Jodpräparat*** wird nach *Fournier* folgendermassen verordnet: Syr. simpl. 250·0; Anisette de Bordeaux 150·0; Jodkalium 25·0. Ein Esslöffel dieser Mischung enthält genau 1·0 Grm. Jodkalium. Sie soll auch dem difficilsten Gaumen behagen. (Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 7.)

45. ***Salbe gegen Hautjucken*** bei Masern, Scharlach und Varicellen:

Lanolin. anhydr. pur. 50·0,
Vaselin 20·0,
Aq. dest. 25·0.
S. Alle 3 Stunden einzureiben.

Die Verdunstung des Wassers, welches diese Salbe in grosser Menge enthält, erzeugt eine Kühlung, welche die capilläre Hyperämie vermindert und das Juckgefühl unterdrückt. (Semaine méd. 1893. — Der Frauenarzt. 1893. November.)

46. ***Ichthyol bei Otitis.*** *Von Dr. Solt, Mitau. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 45.)*

Eingedenk der entzündungswidrigen, schmerzstillenden und resorbirenden Eigenschaften des Ichthyols und der schönen Erfolge bei para- und perimetritischen Processen, hat Verf. das Ichthyol in einem Falle auch bei der Otitis med. acuta angewandt, da ihm die Paracentese nicht gestattet wurde und andere Mittel versagt hatten, und zwar in folgendem Recept:

Rp. *Ichthyol* 1·0,
Aq. dest.,
Glycerin aa. 7·5.
S. Dreimal täglich in's Ohr zu träufeln.

Der Schmerz hörte nach einem Tage vollständig auf. Einige Tage nachher hatte das früher prall vorgebauchte Trommelfell eine wellige, weissliche Oberfläche. Als die Patientin nach drei Wochen, in welcher Zeit sie die Tropfen immer gebraucht hatte, sich wieder vorstellte und als der Gehörgang von dem abgelösten Häutchen gereinigt worden war, sah man das vollkommen normale Trommelfell. Die Schwerhörigkeit und die Ohrgeräusche waren auch geschwunden. Später hat Verf. das Mittel wiederholt mit Erfolg bei acuten und auch bei minder acut verlaufenden Mittelohrcatarrhen angewandt. Hier trat die resorbirende Eigenschaft des Ichthyols in den Vordergrund.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin, Bd. II. Herrn *Dr. Rudolf Virchow*, geh. Medicinalrath und ord. Professor, zum 50. Doctorjubiläum am 31. October 1893 gewidmet von *Dr. Adolf Baginsky*, a. o. Professor der Kinderheilkunde an der Universität Berlin, Director des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

Basch, Prof. Dr. v., Ueber latente Arteriosclerose und deren Beziehung zu Fettleibigkeit, Herzerkrankungen und anderen Begleiterscheinungen. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

Eschle, Dr. med. Franz, in Colmar. Beiträge zur Casuistik der syphilitischen Dactylitis. Berlin W. und Neuwied, Heuser's Verlag, 1893.

Fehling, Dr. Hermann, ord. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Director der Universitätsfrauenklinik zu Basel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. (Bibliothek des Arztes. Eine Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.) Mit 240 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

Gerdes, Dr. E., früherer 1. Assistent des pathologischen Institutes zu Halle. Grundriss der pathologischen Anatomie. Mit 6 Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1893.

Gèržetić, Dr. Nicolaus, k. u. k. Regimentsarzt. Ueber Parasitismus und Krankheitserreger im Zusammenhang mit dem periodischen Auftreten der Epidemien: Cholera, Pest, Gelbfieber, Typhus, Blattern etc. und über die Immunität gegen dieselben. Vorgetragen im militärärztlich-wissenschaftlichen Vereine zu Budapest. Karansebes, Buchdruckerei Anton Orehoja, 1893.

Kobert, Prof. Dr. Rudolf, Director des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Compendium der Arzneiverordnungslehre für Studirende und Aerzte. Zweite, erweiterte Auflage. Mit 121 Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

Krehl, Dr. Ludolf, Professor und Director der medicinischen Poliklinik in Jena. Grundriss der allgemeinen klinischen Pathologie. Leipzig, F. C W. Vogel, 1893.

Ribbert, Prof. Dr. Hugo, Prof. der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie in Zürich. Anatomische Untersuchungen über die Osteomalacie. Hierzu 2 Tafeln. (Aus dem pathologischen Institute der Universität Zürich.) Cassel 1893, Verlag von Th. G. Fischer & Co.

Rosenbach, Dr. O., a. ö. Professor an der Universität in Breslau. Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. I. Hälfte (Bogen 1—25). Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

Rosenheim, Dr. Th., Privatdocent an der Universität Berlin und Assistent an der medicinischen Universitätspoliklinik. Die Krankheiten des Darms. Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates, mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

Sanitätsbericht über die königlich preussische Armee, das XII. (königl. sächsische) und das XIII. (königl. württembergische) Armeecorps für das Berichtsjahr vom 1. April 1889 bis 31. März 1890. Bearbeitet von der Medicinalabtheilung des königlich preussischen Kriegsministeriums. Mit 7 Karten, 2 Tafeln graphischer Darstellungen und 2 Tafeln Abbildungen. Berlin 1893, Ernst Siegfried Mittler und Sohn, königl. Hofbuchhandlung.

Unger, Doc. Dr. L., in Wien. Ueber Kinderernährung und Diätetik. Aus den Vorlesungen über „Hygiene und Diätetik des Kindesalters“, die der Autor im Wintersemester 1892/93 an der Wiener Universität gehalten hat. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

Wolff, Prof. Dr. A., Director der dermatologischen Klinik an der Universität Strassburg. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Für Aerzte und Studirende. Mit 97 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke. (Bibliothek d. Arztes.)

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





149

ILIDŽE IN BOSNIEN

(½ Stunde von Sarajevo entfernt.) **Schwefelbäder mit naturwarmen Quellen** gegen Rheumatismus, Gicht, Scrophulose, Lähmungen, Haut- und Unterleibskrankheiten, wie auch Metallkachexien. **Moorbäder.**

TAMAR INDIEN GRILLON

Erfrischende, abführ. Fruchtpastille geg. Verstopf., Hämorrhoiden, Congestion, Leberleiden, Magenbeschw. etc. Unentbehrl. für **Frauen,** besond. vor u. nach der Entbind. Da es keine Drastica wie Aloë, Podophyllin etc. enthält, **eignet es sich** best. **zum tägl. Gebrauche.** In Frankreich von allen med. Autoritäten, besonders von Dr. **Tardieu** verordnet. **E. Grillon,** Apotheker in **Paris,** 33 rue des Archives. — **In allen Apotheken.**

Privat-Heilanstalt

für

GEMÜTHS- UND NERVENKRANKE

in

OBER-DÖBLING, Hirschengasse 71.

138

Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und **ohne** Zusatz von Wasser oder anderen Stoffen gewonnen werden. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, **dass die hervorragendsten Autoritäten** dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmittel mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.**

„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz, auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Mayfair, London W.

146

Auszeichnungen. — *(Gründungsjahr: 1835.)* — *Preis-Medaillen.*

Depôts in Wien: Petzold & Süss, I., Schottenhof; **Köberl & Pientok,** I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer,** I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal,** I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer,** I., Lichtensteg 5.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

An unsere Leser!

Durch die Verwerthung der bacteriologischen Kenntnisse zur Erforschung der Aetiologie der Krankheiten und durch die Verallgemeinerung dieser Kenntnisse im Dienste der klinischen Doctrinen und der Hygiene, ferner durch ein eingehenderes Studium der therapeutischen Aufgaben des Arztes wurde selbstverständlich die medicinische Publicistik als Ausdruck der Strömung, welcher sämmtliche Gebiete des medicinischen Wissens jeweilig folgen, in den letztverflossenen Jahren mächtig beeinflusst. Der Herausgeber der „Medicinisch-chirurgischen Rundschau“, bestrebt, den Fortschritten der Medicin, entsprechend den Bedürfnissen des ärztlichen Praktikers, vollinhaltlich gerecht zu werden, wird mit Beginn des XXXV. Jahrganges den Inhalt dieses referirenden Organes dahin ändern, dass insbesondere jene Doctrinen eine eingehendere Berücksichtigung erfahren, welche durch die herrschende Richtung der Medicin am meisten gefördert wurden. Um dies ohne Erweiterung des dermaligen Umfanges der „Medicinisch-chirurgischen Rundschau“ zu ermöglichen, soll die bisherige Fassung des Organes dahin geändert werden, dass in Zukunft nicht mehr in jeder einzelnen Nummer sämmtliche Fächer der Medicin durch Referate vertreten sein sollen, sondern es wird sich der Inhalt der einzelnen Nummern den jeweiligen hervorragenden Mittheilungen der medicinischen Publicistik enger und daher auch rascher anschliessen. Hierdurch wird es ermöglicht, jeder einzelnen Doctrin der gesammten Medicin in dem Masse ihrer besonderen Förderung durch Fortschritte der Diagnose, der Therapie, der Hygiene u. s. w. die ihr gebührende Beachtung in den Referaten zu widmen. Zugleich wird die „Medicinisch-chirurgische Rundschau“, treu ihrer bisherigen Uebung, auch jene ärztlichen Agenden berücksichtigen, welche für die im Dienste des Staates, der Gemeinden und öffentlichen Körperschaften wirkenden Aerzte von besonderer Wichtigkeit sind, namentlich Militärmedicin und Gesundheitspflege, öffentliche Gesundheitspflege, Irrenwesen, gerichtliche Medicin, Gewerbehygiene u. A.

Prof. Dr. W. F. Loebisch,
k. k. Sanitätsrath.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

47. *Studie über die Hämorrhoiden.*

*Von **E. Quénu.***

(I. Fortsetzung.*)

Pathologische Anatomie.

Die Hämorrhoiden werden nach ihrer Lage in innere und äussere eingetheilt, je nachdem sie offen zu Tage oder im Inneren des Aftercanales verborgen liegen. Nimmt man den Ursprung der Vena meseraica inferior aus den kleinen Ampullen in der Höhe der *Morgagni*'schen Klappen, etwa 2 Cm. oberhalb der Aftermündung an, so wird die Abgrenzung des Verbreitungsbezirkes der Vena portae und der Vena cava präcise und leicht und dies in der Pathologie anwendend, kann man dann nach dem Beispiele *Verneuil's* als interne Hämorrhoiden jene erklären, welche an den Endverzweigungen der oberen Vena haemorrhoidales sitzen, und als äussere jene, welche an den unteren Hämorrhoidalvenen sitzen. Verf. möchte aber dieser Eintheilung keine besondere Wichtigkeit beilegen, weil diese Ampullen selbst schon ein pathologisches Product sind und bei Neugeborenen nicht vorgefunden werden. Verf. hält sich lieber an die Definition *Gosselin's*, welche er insoweit vervollständigt, dass er sagt: „die externen Hämorrhoiden sind die Varices der Venae anales, unter dem unteren Saume des Sphincter gelegen, die internen Hämorrhoiden sind jene, welche in der ganzen Ausbreitung des Sphincter und darunter liegen. Injectionspräparate der Venen eines varicösen Rectum sind nicht schwer herzustellen und Verf. konnte mit *Verneuil* constatiren, dass eine Injection durch die Pfortader alle Varixknoten anfüllt, falls sie nicht thrombosirt sind. Es gelang dem Verf. öfters, die Injectionsmasse bis in die mittleren und unteren Hämorrhoidalvenen zu treiben.

Die kleinsten Hämorrhoiden repräsentiren sich unter der Form kleiner Gefässerweiterungen von Hanf- oder Hirsekorngrösse, dies sind die sogenannten Ampullen, welche aber nicht nur an den Endverzweigungen der Venenäste, sondern auch längs der

*) Vide Heft 8 des Jahrganges 1893.



Gefässe selbst perlenschnurförmig aufgereiht gefunden werden. Mitunter scheinen diese Ampullen an den Enden dieser kleinen Venenästchen aufgehängt zu sein, allein dies ist zumeist nur eine Täuschung, da von diesen Endkölbchen wieder kleine Venenästchen ausgehen und sich in der Mucosa verlieren.

Neben diesen kugelförmigen Erweiterungen findet man auch spindelförmige, unregelmässige Ausbauchungen an einer Gablungsstelle, schneckenförmige Drehungen oder federbuschartige Anordnungen der kleinsten von einer ectatischen Gefässschlinge abgehenden Venen. An einem und demselben Präparate findet man alle Zwischenstufen von den minimalsten Dilatationen bis wirklichen Varixpaketen.

Eine Hämorrhoide besteht also aus einer Verdichtung aller dieser erwähnten Erweiterungen und Verbiegungen zu einer einzigen Masse und das Ganze bildet eine Art von Conus, dessen Spitze an ein oder zwei Venenstämmchen angeheftet und die Basis gegen den Conus gewendet ist. So ist ein Varixknoten beschaffen; aus dem Zusammenschmelzen und durch Verknüpfung mehrerer solcher Hämorrhoidalknoten entstehen varicöse Pakete und circuläre Wülste. Also einfache Erweiterung, Ampulle, typische Hämorrhoide, varicöses Paket und circulärer Wulst sind die Bezeichnungen für die verschiedenen Stadien und Varietäten des hämorrhoidalen Processes.

Die äusseren Hämorrhoiden sind eine Ausdehnung des varicösen Processes auf die subcutanen Venen, welche im Bogen den unteren Rand des Sphincter externus umsäumen. Aber nicht immer ist dem so, da Verf. auch bei Weibern die Beobachtung machte, dass aus solchen Knoten wieder Venen abgingen, welche in der hinteren Wand der Vagina in die dortigen Venen einmündeten.

Die externen Hämorrhoiden erscheinen auch grösser, manchmal misst das Caliber der Gefässe 4—6 Mm. im Durchmesser und darüber.

1. Die Hämorrhoiden entstehen in Folge varicöser Veränderung der Endäste sowohl der oberen als der unteren Hämorrhoidalvenen.

2. Jede Hämorrhoide ist eine Vereinigung kleiner unregelmässiger Erweiterungen in stufenförmiger Anordnung längs der kleinsten Venen und deren Verästelungen, und man kann dieselbe sehr treffend als eine Zusammensetzung eines Knäuels von Varicen bezeichnen.

3. Die innere Hämorrhoide hat ihren Sitz auf den Verzweigungen der oberen Hämorrhoidalvenen oder auf den Geflechten und Stämmchen diese mit den unteren Hämorrhoidalvenen verbindend. Die äussere Hämorrhoide nimmt die unter dem Sphincter befindliche Portion dieser Aestchen aus den unteren Hämorrhoidalvenen in Beschlag.

4. Die äussere Hämorrhoide ist zumeist eine Ausdehnung der unteren Hämorrhoidalvenen in Folge des Processes, der früher zur Bildung der internen Hämorrhoiden führte.

5. Die äusseren Hämorrhoiden können jedoch auch für sich allein und ohne interne vorkommen und bei Frauen sich mit den vaginalen Venen vereinen.



Verf. gibt nun eine Beschreibung seiner makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungsresultate an Hämorrhoidenpräparaten, aus denen Folgendes hervorgeht:

Ein Hämorrhoidalknoten besteht aus einer Falte der anorectalen Schleimhaut (innere Hämorrhoiden) oder der anocutanen Mucosa (externe Hämorrhoiden), in welche die in ihrer Structur veränderten Venen eingeschlossen sind. Diese Veränderung bleibt nie auf das Stratum submucosum beschränkt, sondern erstreckt sich constant auch auf die Gefässe der nächstliegenden Schichten.

Die Veränderung der Venen selbst ist sehr verschiedenartig. bald in einer Verdickung (Sclerosirung), bald in einer Verdünnung des Venenrohres bestehend. Die Verdünnung erstreckt sich auf die Venen jeden Calibers und kann als Vergrösserung des Lumens in Form eines rothen Ringes schon mit freiem Auge an Schnitten erkannt werden. Die Venenwand ist sehr verdünnt und wo mehrere Gefässe zusammentreffen, confundiren dieselben an den Berührungsstellen, wodurch öfters ein förmliches cavernöses Gewebe entsteht.

Die Venen mit sclerosirten Wandungen sind zum Theile ebenfalls erweitert. zum Theile aber verengt oder ganz obliterirt. Obliteration und Verengerung sind die Folge einer Wucherung des Venenendothels.

Diese Veränderung erstreckt sich nicht nur auf die Venen jeder Grösse, sondern auch auf die Capillaren.

Sowohl bei den Hämorrhoiden wie auch bei jeder Art von Varices ist die Erkrankung der Venenwand das Primäre und die Erweiterung das Secundäre; die Wand, weil bereits krank, gibt dem Drucke des Blutes nach.

Als Ursache dieser Erkrankung erscheinen vasodilatatorische Reflexe entweder in Folge directen Einflusses toxischer Producte, welche entweder in den Organismus von aussen eingeführt (Alkohol) oder im Organismus selbst gebildet worden sind, Gicht. Rheumatismus oder auch, wie Verf. annimmt, in Folge directer localer Infection durch Mikroorganismen des Intestinum.

Immer muss eine Phlebitis die Entstehung der Hämorrhoiden einleiten, eine krankhafte Irritation der Oberfläche der kleinen Venen eintreten.

Für die primäre Phlebitis und den Einfluss von localen Irritationen spricht die Aetiologie, so z. B. die Entstehung von Hämorrhoiden am Orte eines analen Geschwüres, die grosse Häufigkeit von Mastdarmvaricositäten in allen chronischen Entzündungsprocessen des Rectum, bei Dysenterie, bei Carcinom, bei Cystitis, Prostatitis, bei Entzündungen des Uterus (das leichte Weitergreifen der Phlebitis von den Venen der Blase, des lateralen Plexus der Prostata, von den Venen der Vagina).

Auch fremde Autoren, wie die deutschen, *Epstein* u. A. bestätigen die Anschauung, dass der Process in der Tunica interna der Venen seinen Anfang nimmt. Dr. *Baaz*, Graz.

(Fortsetzung folgt.)



Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

48. ***Beobachtungen über die diagnostische Verwerthbarkeit der Indicanurie.*** *Von Alexander Keilmann. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1893.)*

Indican findet man unter physiologischen Verhältnissen im Harne von Menschen und Thieren, wie *Baumann* in *Pflüger's* Archiv nachgewiesen hat. Bei Störungen der Kothentleerung, bei abnormer Darmfäulniss, bei Stenosen kann der Indicangehalt des Harnes sehr gross werden. Die Indicanurie lässt sich nach Untersuchungen von *Jaffé* und *Leichtenstern* differentialdiagnostisch für den Sitz des Darmverschlusses bei Ileus verwerthen. Vermehrte Indicanausscheidung sollte bei Verschluss des Dünndarmes, fehlende oder geringe bei der des Dickdarmes vorkommen. Auf Grund dieser Angaben hat Verf. zahlreiche Untersuchungen vorgenommen, namentlich bei Ileus, eingeklemmten Darmbrüchen, und kam auf Grund vielfacher Beobachtungen zu dem Resultate, dass die Indicanurie als ein wichtiges Hilfssymptom zur Diagnose versteckter Eiterungen verwerthet werden kann. Z. B. konnte der eiterige Charakter einer traumatischen Gonitis nur durch den vermehrten Indicangehalt des Urins vermuthet werden, welche Vermuthung sich im Verlaufe der Krankheit bewahrheitete. Bei einem 70jährigen Manne trat nach einer Stichverletzung oberhalb des Knies erhöhte Indicanurie auf, die von Tag zu Tag zunahm, ohne dass Fieber auftrat; es bestanden nur Schmerzen. Die Wunde wurde erweitert, man fand eine eiterige Gelenksentzündung. Die fortschreitende Heilung hatte auch dauernde Abnahme der Indicanurie zur Folge. Ein zweiter Beobachtungsfall betraf eine Frau, deren kleines Becken von einer festen Masse ausgefüllt war. Im Harne war viel Indican. Nach Entleerung des inzwischen gebildeten Eiters sank der Indicangehalt und schwand mit der Heilung vollständig. Ein dritter Fall betrifft einen Patienten mit einem eingeklemmten Darmbruch, der mit einer Eiterung complicirt war. Im Harne grosse Mengen von Indican. Bei der Bruchoperation entleerte sich aus dem Bruchsacke eine beträchtliche Menge Eiters. Der Indicangehalt des Harnes nimmt jedoch, wie zu erwarten war, nach Heilung der Wunde nicht ab, er stieg vielmehr vom 8. Tage nach der Operation noch an, bis 5 Tage später eine bisher nicht beobachtete Geschwulst im Mastdarm incidirt wurde und etwa 600 Ccm. übelriechenden Eiters entleert wurden. Der Indicangehalt des Harnes nimmt jetzt stetig ab. Auch kleinere, unter der Haut gelegene Eiterherde zeigen sich deutlich durch Indicanurie an. Will man die Indicanurie zur Diagnose von Abscessen verwerthen, so darf man nicht vergessen, dass Indican im Harne auch bei Eiweissfäulniss im Darme auftritt. Man muss durch Darreichung von desinficirenden und Abführmitteln die Indicanquelle beseitigen. Bleibt auch dann die Indicanmenge dieselbe, muss man annehmen, dass an einer anderen Körperstelle abnorme Eiweissfäulniss vor sich geht, die namentlich bei Eiterungen Indol producirt, das resorbirt zu Indoxyl wird und als Indican im Harne erscheint. Die Indicanurie steht zum Umfang und zur Intensität der Eiterung in geradem Verhältniss. Der Indicangehalt kann auch prognostisch verwendet werden,



z. B. wenn nach einer Operation Indicanmengen im Harne auftreten, was auf eine Eiterung hindeutet. Ein Fall vom Verf. und von *Hennige* (Arch. f. klin. Med. XXIII) wird angeführt. Zur quantitativen Bestimmung der Indicanmenge wird eine Modification der quantitativen Reaction nach *Salkowsky* und *Stokvis* empfohlen. Zu einer Portion des Harnes wird eine gleiche Menge von Salzsäure und einige Tropfen einer 5%igen Lösung von Calcium hypochlorosum zugesetzt. Indican wird gespalten und durch Oxydation Indigoblau gebildet. Dieser Farbstoff wird mit Chloroform ausgeschüttelt. Bei Ueberschuss des Calcium hypochlorosum wird das Indigoblau entfärbt. Die Zahl der Tropfen, die eine Entfärbung des gebildeten Farbstoffes herbeiführen, kann als Mass der vorhandenen Indicanmenge dienen. Dies ist zwar keine absolut genaue Bestimmung, aber doch für die Praxis ausreichend. Auch als differentialdiagnostisches Moment kann die Indicanurie verwendet werden, wenn es sich darum handelt, zu bestimmen, ob ein Exsudat seröser oder eiteriger Natur ist. *Jaksch* hat bei eiteriger Brustfellentzündung das Vorkommen von Indicanurie beobachtet.

Dr. *Carl Oestreicher*, Carlsbad.

49. ***Ueber senile Dysurie.*** *Von Dr. J.* ***Assmuth.*** *(St. Petersburger med. Wochenschr. 1893.)*

Unter seniler Dysurie versteht man eine Störung der Harnentleerung, die fast nur beim höheren Alter vorkommt. Allgemein wird in einer Vergrösserung der Vorsteherdrüse die Ursache der Harnbeschwerden gesucht. Verf. hat an anderer Stelle den Nachweis geliefert, dass sehr oft auch bei sehr grossen Prostatahypertrophien keine Harnbeschwerden vorkommen. Die Symptome der senilen Dysurie sind: häufiger Harndrang, der Harnstrahl ist anfangs kräftig, wird träger und träger und schliesslich kommen nur Tropfen von Urin zum Vorschein. Die Entleerung des Harnes ist nicht selten unterbrochen (Miction saccadée), es findet dann häufig auch ein Nachtropfen statt. In anderen Fällen häufiger Harndrang bei Nacht oder umgekehrt ungestörte Nachtruhe. Der Harn kann normal sein; hier und da sehen wir eine Polyurie neben starkem Durste, bei Ausschluss von Diabetes mellitus oder insipidus. Bei der Untersuchung mit dem Katheter findet man in der Blase keinen Residualharn, keine Concremente, keine Fremdkörper, keine Strictur der Harnröhre, ebensowenig eine Vergrösserung der Vorsteherdrüse. Welches sind die Ursachen für den häufigen Harndrang bei der senilen Dysurie? *Launois* meint, dass die dem höheren Alter zukommende Degeneration des Harnapparates lediglich in der allgemeinen Arteriosclerose ihre Ursache habe. Bei den Sclerotikern sollen stets auch die Gefässe des uropoëtischen Systems atheromatös sein. Hingegen hat *Casper* bei 28 untersuchten Fällen gefunden, dass die allgemeine Arteriosclerose sich nicht immer auf die grösseren Gefässe des Urogenitaltractus erstreckt, und dass auch bei atheromatöser Veränderung dieser, die kleineren Vesical- und Prostataarterien nicht sclerotisch zu sein brauchen. Die senile Dysurie ist daher durch die Lehre *Launois'* nicht erklärt. *Bohdanowicz* meint auf Grund vieler Untersuchungen, dass es viele Fälle von Prostatahypertrophien ohne Läsion der Blasenmusculatur gibt, dass die Blasenmusculatur sclerotisch entartet sein kann, ohne



sonstige allgemeine Arteriosclerose, und dass man die Harnbeschwerden sich nicht erklären kann durch den Einfluss der Gefässerkrankung auf die Blase und den Blasenhals. *Bohdanowicz* weist nach, dass die Arteriosclerose oft eine bindegewebige Entartung, eine Sclerose der Blasenmusculatur bedinge, und dass die aus dem submucösen und subserösen Gewebe entspringenden Bindegewebszüge sich vergrössern und allmälig die Muskelbündel verdrängen und erdrücken. Die Balkenblasen (Vessie à colonnes) werden trotz ihrer scheinbar gewaltigen Musculatur ganz functionsunfähig. Der Sphincter internus vesicae degenerirt gleichfalls. Durch die schwach verschlossene Pforte treten einige Tropfen Urin durch und bewirken so den Harndrang, bevor noch der intravesicale Druck eine Höhe erreicht hat. Die Capacität der Blase sinkt hierdurch und bei längerem Bestehen werden auch die Mictionsintervalle verkürzt. Der träge Harnabgang wird durch die Beschaffenheit der Blasenmusculatur ebenso erklärlich, wie der häufige Harndrang durch die Beschaffenheit des Sphincter. Uncomplicirte Fälle kommen selten vor und könnten mit der sogenannten reizbaren Blase (Irritable bladder) verwechselt werden. Doch tritt letztere Neurose meist bei jungen Leuten auf und oft schubweise mit plötzlichen Verschlimmerungen. Der Harn ist farblos, wasserklar, die Extremitäten feucht und kalt und das Benehmen der Kranken charakterisirt sie als Neurastheniker. Als Therapie wird die systematische Anwendung der Metallsonde, Regulirung des Stuhles durch Massage und Gymnastik empfohlen. Die *Guyon*'sche Instillation hat in manchen Fällen genützt, ebenso Mineralwässer (Wildungen, Vichy). Es werden zum Schlusse zwei Sectionsbefunde beigefügt, welche sich mit den oben von *Bohdanowicz* angegebenen Untersuchungsergebnissen decken: In beiden Fällen fand man bedeutend verdickte Blasentrabekeln. Die mikroskopische Untersuchung zeigt keine Muskelelemente, sondern fast überall derbe Bindegewebselemente.

Dr. *Carl Oestreicher*, Carlsbad.

50. *Ueber chronisch-rheumatische Halsaffectionen.*

Von Dr. A. Hecht, Beuthen, O.-Schl.

Von den chronischen Halsaffectionen, deren hervorragendstes Symptom Schlingbeschwerden bilden, dürften solche rheumatischen Ursprungs wohl am wenigsten bekannt sein. Selbst unsere einschlägigen Handbücher erwähnen ihrer nicht, obgleich eine genaue Schilderung des Krankheitsbildes schon mit Rücksicht auf die Seltenheit dieser Affection entschieden geboten erscheint. Dass dieses Leiden bei uns vorkommt, lehrte folgender vom Verf. beobachtete Fall: A.W., 25 Jahre alt, leidet seit circa $2^1/_2$ Monaten an Schmerzen bei der Deglutition. Dieselben sind nicht andauernd vorhanden. Des Morgens gelingt es ihr meist, das Frühstück völlig schmerzlos zu verzehren. Wenn sie aber tagsüber auf dem Felde gearbeitet oder feuchter Witterung ausgesetzt gewesen war, steigern sich die Beschwerden oft derart, dass es ihr nicht möglich ist, auch nur flüssige Nahrung hinunterzuschlucken. Der Schmerz ist an Intensität nicht immer gleich und wechselt gern seinen Ort. Bald sitzt er in der rechten, bald in der linken Seite des Halses. Ueber Schmerzen beim Phoniren hat Patientin nicht zu klagen. Wäre eine der gewöhnlichen Ursachen, wie tuberculöse Kehlkopf-



affection oder chronische Pharyngitis u. dergl. m. für die schmerzhafte Deglutition verantwortlich zu machen gewesen, dann hätten die Schlingbeschwerden dauernde sein müssen. Verf. konnte aber trotz wiederholter Rachen- und Kehlkopfuntersuchung nichts entdecken, was die Schlingbeschwerden hätte erklären können. Ferner dachte er auch an Hysterie. Indessen auch für diese liessen sich keine Anhaltspunkte gewinnen. Auf die richtige Fährte wurde er erst geleitet, als Patientin eines Tages auch über Schmerzen der Nackenmuskeln klagte, welche sich besonders bei Bewegungen des Kopfes sehr bemerkbar machten. Als er hierauf auch die vordere Halsregion abtastete, zeigte es sich, dass auch die Seitenfläche des Schildknorpels auf Druck empfindlich war. Im Laufe der Behandlung strahlten die Schmerzen wiederholt in die Fossa jugularis aus. Je nachdem der Schmerz bald in der linken, bald in der rechten Seite des Halses sass, zeigte sich bald der linke, bald der rechte hintere Gaumenbogen auf Druck schmerzhaft, zeitweise war der Schmerz nur auf die Zungenwurzel localisirt. Demnach handelte es sich hier um eine rheumatische Affection des bei der Deglutition betheiligten Muskelapparates. Dieses Leiden wurde zuerst von *Fletcher Ingals* beobachtet und beschrieben. Das Hauptsymptom desselben ist der Schmerz in den kleinen Muskeln und dem Bindegewebe zwischen denselben und den Knorpeln, von hier aus gegen das Jugulum ausstrahlend. In den meisten Fällen strahlt der Schmerz jedoch nicht über diese ganze Fläche aus, sondern ist nur auf einzelne Theile beschränkt, hauptsächlich auf die hinteren Gaumenbögen, die Zungenwurzel, das Os hyoideum, besonders an den grossen Hörnern und die Seitenfläche der Cartilago thyreoidea. Der Schmerz ist intermittirend und besonders bei Witterungswechsel recht arg; bei Druck findet man Schmerzpunkte, die Deglutition ist meist, die Phonation manchmal schmerzhaft. Auch der Nacken und die ganze Seite des Halses kann betroffen sein. Local findet man mehr oder minder Röthung. Nach letzterer hat sich die Behandlung dieser sehr hartnäckigen Erkrankung gegen die Diathese zu richten. Innerlich sind Salol und Salicylnatron anzuwenden, local wird empfohlen eine Lösung von:

Rp. *Morph. hydrochl. 0·25,*
Acid. carbolic.
Acid. tannic. aa. 2·0,
Glycerin.
Aq. destill. aa. 15·0.

Verf. versuchte, nachdem die von ihm eingeleitete Behandlung mit Salicylsäure erfolglos war, Pinselungen mit der von *Fletcher Ingals* empfohlenen Lösung, welche er alle 2—3 Tage auf die schmerzhaft afficirten Theile applicirte. Auf diese Weise gelang es, die geduldige Patientin nach fünfwöchentlicher Behandlung von ihrem hartnäckigen Leiden dauernd zu heilen. *O. R.*

51. ***Eine wenig beachtete Ursache von Gastritis chron. und Anämie (Pseudochlorose).*** *Von Dr. Hildebrand, Frankenstein i. Schl. (Therap. Monatsh. 1893. November.)*

Mehrfach in der medicinischen Literatur erwähnt ist das Entstehen chronischer Gastritis durch Producte fauliger Zersetzung,

die in den Magen gelangen. So bezeichnet *Ewald* in der „Klinik der Verdauungskrankheiten“ die mit dem Speichel verschluckten fauligen Stoffe der Mundhöhle als eine Quelle directen oder indirecten Entzündungsreizes für den Magen. Ferner führt er als eine der Ursachen der musculösen Insufficienz des Magens die abnorme Gährung der Ingesta an, die immer da entsteht, wo ein Missverhältniss zwischen den im Magen vorhandenen oder in ihn eingebrachten Gährungserregern und der Secretionsgrösse der Salzsäure besteht. *Bloch* führt als eine Folge der mit starker Schleimabsonderung im Rachen verbundenen Erkrankung der Bursa pharyngea die Gastritis an. Mehr noch als Mund- und Rachenhöhle führt die weit ausgedehnte und stark secernirende Nasenschleimhaut dem Magen irritirendes Material zu. Zumal bei Ozaena nehmen die zähen Massen grünlichen Eiters ihren Weg nach dem Cavum pharyngonasale und schliesslich in den Magen. Diese eben bezeichneten, bei Ozaena producirten Massen scheinen dem Magen ganz besonders gefährlich zu werden, wie ja auch *Hajek* (Wien) und *Raimann* (Würzburg) (vergl. Berliner klin. Wochenschr. 1888. 33) nachgewiesen haben, dass der Bacillus foetid. ozaenae ein dem Thierkörper feindlicher, Sepsis erregender Parasit ist. *Pick* heilte in der *Nothnagel*'schen Klinik Chlorotische durch Magenspülungen. Anämie und Chlorose sind sehr häufig die Folge einer Blennorrhoea retronasalis, d. h. eines Rachenschleim- oder Eiterflusses, dem eine Pharyngitis im Nasenrachenraum oder eine Rhinitis blennorrhoica oder eine Ozaena zu Grunde liegt, so dass man schliesslich in vielen Fällen die Erkrankung von Nase und Rachen als Ursache der anämischen Zustände ansehen muss. Verf. hat in letzterer Zeit 100 Fälle von mit Blennorrhoea retronasalis zusammentreffender Gastritis chron. und Gastrectasie zusammengestellt. Am schädlichsten scheint das Secret der Ozaena zu wirken. (Bei Ozaena war meist bedeutende Insufficienz des Magens vorhanden, wie die Palpation, sowie die Percussion des leeren und gefüllten Magens und die Untersuchung vor und nach der Magenspülung ergab.) Die meisten dieser Kranken erzählten, dass sie Morgens vor dem Frühstück einen faden, süsslichen widerlichen Geschmack im Munde empfänden, der ihnen Uebelkeit verursachte. Viele klagten über heftiges Würgen, von dem sie zeitweise befallen worden wären. Andere wieder, deren Rachenschleimhaut roth und trockenglänzend erschien, klagten über fortwährenden heftigen Durst, der sie oft nöthigte, zu trinken und so den Magen mit grossen Mengen von Wasser zu füllen. Bei fast allen constatirte Verf. Abmagerung, fahle, blasse Gesichtsfarbe, Appetitlosigkeit, meist mit Stuhlverstopfung verbunden, und, wie oben erwähnt, fast in der Hälfte der Fälle die charakteristischen Symptome der Chlorose. Der Verlauf der Krankheit war in der Regel sehr langwierig, besonders wenn Ozaena bestand, verging ein Jahr, bis zur völligen Heilung. Die Behandlung bestand in regelmässigen Ausspritzungen der Nasenhöhle, je nach der Art des Nasen- und Rachenleidens, und in Jod- oder Tanninpinselungen der Nase und des Rachenraumes. Auch die galvanocaustische Behandlung der oft stark angeschwollenen und die Entleerung des Nasensecretes nach vorn hindernden unteren Muscheln erwies sich als förderlich. Gegen die chronische Gastritis und die Erweiterung des Magens waren die



Massage und Kreosot meist erfolgreich. Die Salzsäure wurde in der Regel gut vertragen und leistete gute Dienste. Bei Magenerweiterung waren die Magenspülungen unentbehrlich. Die Erkrankungen der Nase und des Rachens zu beseitigen, gelang nicht immer. Erst nachdem für regelmässige Reinigung der Nase längere Zeit gesorgt worden und die Gastritis oder Insufficienz des Magens gehoben war, konnten Eisen und Arsenik gegen die secundäre Blutarmuth mit Erfolg verabreicht werden, während diese Mittel zuerst die Magenbeschwerden der Kranken eher vermehrt hatten und im Uebrigen wirkungslos geblieben waren. Bei Kranken, die aus Durst gewohnheitsmässig grössere Mengen von Flüssigkeiten genossen hatten, minderte sich der Durst mit der Zeit durch den Gebrauch der Salzsäure, sowie durch die Ausspritzungen der Nase und des Nasenrachenraumes, wodurch der trockenen hinteren Rachenwand mehr Feuchtigkeit mitgetheilt wurde. *O. R.*

52. ***Ueber Herzbeschwerden in Folge von Dyspepsie und deren Behandlung.*** *Von Dr.* ***Bucquoi.*** *(Revue gén. de clinique et de thérap. 1893. 4. October. — Wiener med. Blätter.)*

Nicht selten kommen Fälle zur Beobachtung, bei denen die Kranken vorwiegend über Herzbeschwerden klagen, trotzdem die Ursache ihrer Leiden ganz wo anders gelegen ist. Diese Kranken klagen über allerhand lästige Symptome in der Herzgegend, über Herzklopfen, über Schmerzen, Beklemmungen an jener Stelle, über leichtes Auftreten von Athemnoth. Bei der objectiven Untersuchung des Organes gelingt es trotz aller Aufmerksamkeit nicht, irgend etwas Pathologisches zu entdecken: Die Töne sind rein, die Percussionsverhältnisse vollkommen normal. Man ist weder zu der Annahme eines organischen Herzleidens, noch zu jener einer Angina pectoris berechtigt. Verf. führt als Symptom, welches unter Umständen die Diagnose bei der ersten Untersuchung sicherzustellen vermag, Folgendes an: Man findet bei den Kranken nämlich in der Regel eine auf Druck stark empfindliche Stelle im Bereiche der Herzdämpfung, meist im vierten Intercostalraum. Dieser Befund gestattet die sichere Diagnose, dass die Herzbeschwerden in einer Affection des Magens ihren Grund haben und durch die Behandlung der Magenbeschwerden einer dauernden Heilung fähig sind. — Verf. empfiehlt in solchen Fällen die Anwendung des Liquor Hoffmanni und der Tctr. nucis vomicae nach folgender Formel: Rp. *Liquor Hoffmanni, Tctr. nucis vomicae ana 5·0.* S. 10—20 Tropfen täglich, in langsam steigender Gabe. Um gegen die solchen Kranken meist eigene nervöse Disposition anzukämpfen, empfiehlt sich die gleichzeitige Anwendung hydropathischer Proceduren.

53. ***Zur Aetiologie und Therapie der nicht puerperalen Osteomalacie.*** *Von Director* ***Bleuler****, Rheinau. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 15. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 96.)*

Verf. hatte Gelegenheit, 18 geisteskranke, an nicht-puerperaler Osteomalacie leidende Individuen zu beobachten. Sämmtliche 18 Kranke waren solche, die wenig oder keine Bewegung machten oder nie in das Freie gingen. Durch Aufenthalt im Freien wurden drei innerhalb einiger Monate geheilt; fünf andere, bei denen die Cur aus äusseren Gründen bis jetzt nur kürzere Zeit dauern konnte, wurden gebessert; bei den Uebrigen war das Heilmittel noch gar

nicht angewandt worden. Damit ist nach Verf.'s Ansicht die wichtigste Ursache der nicht puerperalen Osteomalacie in den von ihm beobachteten Fällen festgestellt. Intensive Ernährung, grosse Dosen Calcium, Phosphoröl blieben ganz ohne Effect auf den Verlauf der Osteomalacie. Nach Verf. kann die Nahrung nicht die Ursache sein, da dieselbe in der Anstalt mehr als ausreichend ist, und alle nothwendigen Nährstoffe enthält. Die Anstalt steht auf einer Insel im Rhein, zum Theil auf Fels, zum Theil auf Kies. Die Luft ist trotzdem im Innern derselben nicht feucht, im Winter sogar in Folge der Luftheizung sehr trocken; ausserdem wird für gehörige Lüftung, auch Nachts, in ausreichendem Masse gesorgt. Die beobachteten Fälle betrafen meist ältere Leute; ein Zusammenhang mit den sexuellen Functionen war nicht anzunehmen; ein Mann und eine Frau der Kranken waren verheiratet und hatten Kinder. Vor der Menopause ist die Krankheit bei 5 von den 15 Patientinnen aufgetreten. Ob das Geschlecht von Bedeutung ist, muss Verf. dahingestellt sein lassen, da in der Anstalt fast keine Männer sind, die sich wenig bewegen und nicht in das Freie kommen. Wohl deshalb ist innerhalb 7 Jahren nur 1 Mann an Osteomalacie erkrankt. Anhaltspunkte zur Annahme einer besonderen Disposition der Kranken selbst boten die Fälle nicht. Alle waren allerdings schwachsinnig oder verrückt; dieser Umstand hat nach Verf. aber wohl keine andere Bedeutung, als die, dass die Geisteskrankheit die Leute vom Hinausgehen abhält. Verf. gelangte zum Schluss: Ob die beobachtete Krankheit eine echte Osteomalacie ist oder nicht, fest steht Folgendes: Es gibt eine nichtpuerperale Knochenerweichung bei Leuten, die nicht in das Freie kommen. Ihre Hauptsymptone sind: 1. Diffuse Schmerzen, namentlich bei Bewegungen, 2. motorische Schwäche; 3. im zweiten Stadium Verbiegungen des Rumpfskelets. Die Krankheit kann durch Aufenthalt in freier Luft geheilt werden.

Neuere Arzneimittel.

54. ***Ueber Gallobromol.*** *Von Lépine. (Les nouv. remèdes. 1893. 17.)*

Gallobromol ist die pharmaceutische Bezeichnung für die von *Grimaux* durch Zusammenreiben von Gallussäure mit überflüssigem Brom zuerst dargestellte Dibromgallussäure, $C_6\ Br_2\ (OH)_3 . COOH$, in welcher das Brom die im Benzolkern der Gallussäure noch restirenden 2 Atome Wasserstoff substituirt. Das Präparat vereinigt die Eigenschaften des aus Brom in organischer Bindung enthaltenen Körpers mit dem eines mehrfachen hydroxylirten Phenoles, es ist also keineswegs indifferent und es muss erst die Erfahrung zeigen, wie für Fälle, wo das Brom als Sedativum wirken soll, wie bei Chorea, Epilepsie, die Gallussäure das geeignete Vehikel darstellt. Verf. empfiehlt es als Ersatzmittel des Bromkalium, dessen deprimirende Wirkung dem Gallobromol abgehen soll. Das Gallobromol bildet weisse dünne Nadeln, die 1 Molecül Krystallwasser enthalten; es löst sich sehr leicht in Alkohol, Aether



und siedendem Wasser, von kaltem Wasser lösen bei 10° C. 100 Ccm. ungefähr 12 Grm. Gallobromol, also genügend, damit es in wässeriger Lösung verabreicht werden kann. Das Mittel passirt zum Theil den Organismus unzersetzt, das Brom gelangt als Bromalkali zur Ausscheidung; nach Verabreichung sehr grosser Dosen wird der Harn schwarz, bei Dosen von 8—10 Grm. schwach röthlich bis braun, nach geringen Gaben behält er seine normale Färbung, doch wird er durch Zusatz von Ammoniak alsbald dunkelbraun, wodurch das Auftreten einer hydroxylirten aromatischen Carbonsäure nachgewiesen erscheint. Das Medicament zersetzt sich offenbar sehr langsam im Organismus, im Harn konnte Verf. Brom erst 24 Stunden nach der Einnahme desselben nachweisen und noch 8 Tage nach dem Aussetzen der Medication mit Gallobromol konnte Brom im Urin nachgewiesen werden. Die tödtliche Dosis des Mittels betrug für einen 18 Kgrm. schweren Hund bei innerlicher Darreichung 10 Grm., das Thier verendet jedoch erst nach 24 Stunden und bei intravenöser Injection der gleichen Gabe erfolgt der Tod schon nach 10 Minuten. Das Blut ist nach tödtlichen Gaben braun gefärbt und zeigt das Methämoglobin-Spectrum. Das Mittel wurde in Gaben von 0·5—10 Grm. täglich in wässriger Lösung mit einem Syrup als Corrigens, bei veralteter Chorea, bei Epilepsie und anderen nervösen Zuständen ohne auffälligen Erfolg versucht. *Cazeneuve* und *Rollet* fanden es in 1—2%iger Lösung injicirt bei Gonorrhoe wirksam. Die Indicationen für die Anwendung des Gallobromol müssen demnach erst noch durch weitere Erfahrungen festgestellt werden. *—sch.*

55. ***Coffeïnsulfosäure, ein neues Diureticum.*** *Von Dr. **Heinz** und Dr. **Liebrecht**. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 486.)*

Wohl gehören die Xanthinderivate zu jenen Diureticis, deren Wirkung von einer Anregung der Nierenzellen zu vermehrter Secretion herrührt. Doch lehrt die Erfahrung, dass das Theobromin (Dimethylxanthin) und das Coffeïn (Trimethylxanthin) keineswegs zuverlässig wirkende Mittel sind. Dies liegt daran: Die Harnabsonderung ist bekanntlich durch zwei Factoren bedingt, erstens durch die Menge Blutes, die in der Zeiteinheit die Nierengefässe durchströmt, und zweitens durch den Thätigkeitszustand der secernirenden Nierenepithelien. Verengerung der Nierengefässe wird also stets eine Verminderung der Harnsecretion herbeiführen. Nun besitzen Xanthin wie Theobromin neben der Wirkung auf die Nierenepithelien noch eine gefässverengernde, blutdrucksteigernde Wirkung. Diese letztere Wirkung beeinträchtigt, beziehungsweise compensirt die erstere; der Gesammteffect beider ist im Allgemeinen eine nicht merklich über das gewöhnliche Mass gesteigerte Diurese. Nur hin und wieder, wenn zufällig günstige Umstände obwalten, kommt es zu stärkerer Harnabsonderung. Dies gilt vor Allem von dem Coffeïn. Dass überhaupt das Coffeïn die Nierenepithelien zu gesteigerter Thätigkeit anregt, bewies *von Schröder* in folgender Weise: Er gab den Versuchsthieren gleichzeitig mit dem Coffeïn blutdruckherabsetzende Mittel, z. B. Chloralhydrat; dieses hob die Nierengefässverengung auf, und nun ergab sich regelmässig eine gewaltige Vermehrung der Harnsecretion. — Nun darf naturgemäss der Praktiker einem Herz-

oder Nierenleidenden zur Erzielung der diuretischen Wirkung nicht regelmässig Chloralhydrat als Hilfsmittel verabreichen. Es war also dem Pharmakologen, beziehungsweise Chemiker die Aufgabe gestellt, in das Coffeïn ein Atom oder eine Atomgruppe einzuführen, oder eine Paarung vorzunehmen, derart, dass die blutdrucksteigernde Wirkung des Coffeïns dadurch compensirt würde. Es war da zunächst an Substituirung mit Halogenen, insbesondere mit Brom zu denken. Das (bereits bekannte) Bromcoffeïn besitzt jedoch, wie die Untersuchung ergab, noch ganz die Wirkungen des Coffeïns selbst. — Schliesslich erinnerten sich die Verff. der Erfahrung, dass nämlich Sulfosäuren (ebenso wie die Carbonsäuren) von Körpern mit intensiver Nervenwirkung, diese Wirkung gänzlich verloren haben. Aus diesem Gesichtspunkte stellten sie die Coffeïnsulfosäure, beziehungsweise deren Natriumsalz dar. Die Untersuchung dieses Körpers bestätigte vollkommen die Erwartungen. Die Nervenwirkung des Coffeïns auf das vasomotorische Centrum ist bei dem coffeïnsulfosauren Natrium vollständig verschwunden, während die sozusagen somatische Wirkung auf die secernirnden Nierenzellen in vollem Masse erhalten ist. Zahlreiche Blutdruckversuche ergaben, dass durch kleine sowohl wie grosse Dosen der Blutdruck in keiner Weise gesteigert wird. Zu Versuchen am Menschen wurde geschritten, nachdem sich aus zahlreichen Thierversuchen die absolute Unschädlichkeit des Mittels erwiesen hatte. Insbesondere ist das coffeïnsaure Natrium frei von irgendwelcher Reizwirkung auf Magen und Darm: Der Appetit bleibt völlig ungestört, der Stuhlgang unverändert. Nur der Geschmack des Mittels ist ein ziemlich bitterer; doch lässt sich diese kleine Unannehmlichkeit durch Verabreichen in Kapseln umgehen. Die Versuche am Menschen wurden unter Beobachtung aller Cautelen durchgeführt. Dr. *Heinz* secernirte bei einer Flüssigkeitsaufnahme von 2700 Ccm. 1600—1700 Ccm. Harn. Bei Aufnahme von 4 Grm. coffeïnsulfosaurem Natrium 3120 Ccm., von 4 Grm. coffeïnsulfosaurem Lithium 3200 Ccm., von 4 Grm. coffeïnsulfosaurem Strontium 3080 Ccm. Irgend welche andere Wirkungen des coffeïnsulfosauren Natriums auf Puls, Herz, Appetit, Verdauung, Allgemeingefühl wurden in keiner Weise beobachtet; die oft wiederholte Untersuchung des Harns ergab keinerlei pathologische Veränderungen (Eiweiss, Zucker oder Aehnliches). Das coffeïnsulfosaure Natrium stellt also ein tadelloses, prompt wirkendes Diureticum dar. Das Anwendungsgebiet des Mittels wird sich naturgemäss in erster Linie erstrecken auf die verschiedenen Formen von Wassersucht, seien dieselben durch Herz- oder durch Nierenleiden bedingt. Dann aber dürfte das Mittel auch Verwendung finden bei Fettsucht, wie bei Fettherz, zur Unterstützung der *Oertel*'schen Cur, um die Entwässerung des Körpers zu befördern. Neben dem Natriumsalz stellten die Verff. auch das Lithiumsalz und das Strontiumsalz dar. Die Lithiumsalze sind namentlich in Deutschland viel in Gebrauch gegen Gicht, harnsaure Diathese, Harngries u. s. f. Die Heilwirkung des Lithiums wird jedenfalls begünstigt werden durch Paarung des Lithiums mit einer diuretisch wirkenden Säure. Das Strontiumsalz ist dargestellt worden auf Anlass neuerer französischer Arbeiten, die über eine besonders



günstige Wirkung von Strontiumsalzen auf Nierenentzündung berichten. Die Wirkung des Strontium soll auch hier durch die Paarung mit einem Diureticum, der Coffeïnsulfosäure, gehoben werden. Die tägliche Dosis dieser neuen Diuretica dürfte 4—6 Grm. betragen. Bei der absoluten Unschädlichkeit sind auch höhere Dosen unbedenklich. Das coffeïnsulfosaure Natrium löst sich in kaltem Wasser nur langsam; in heissem Wasser leichter. Mehr als 5% halten sich nicht lange. Das Lithiumsalz wie das Strontiumsalz dagegen sind leicht löslich. Alle drei Salze schmecken stark bitter. Am besten verordnet man als einzelne Dosen 1 Grm. in Substanz, in Gelatinekapseln. *—sch.*

56. ***Ueber das Ferratin und seine diätetische und therapeutische Anwendung.*** *Von Prof.* ***O. Schmiedeberg****, Strassburg i. E. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 45.)*

Das für die Blutbildung erforderliche Eisen wird unter gewöhnlichen Verhältnissen dem Organismus mit den Nahrungsmitteln zugeführt und findet sich in den letzteren in Form einer eigenartigen Verbindung in welcher das Eisen in Art einer „organischen" Bindung mit einem Eiweisskörper vereinigt ist. *Bunge* hat zuerst eine derartige Verbindung, mit 0·29%igem Eisen aus dem Dotter der Hühnereier dargestellt und Hämatogen genannt. Doch ist das letztere nur eine eisenarme Modification der im Thierkörper verbreiteten eisenreichen Verbindung. Nachdem zuerst Dr. *Marfori* unter Verf.'s Leitung diese letztere, mehr oder weniger mit eisenfreien Eiweisssubstanzen vermengt, aus verschiedenen Organen isolirt hatte. ist es letzterem schliesslich gelungen, dieselbe nach einem höchst einfachen Verfahren aus der Schweinsleber frei von anderen Beimengungen darzustellen. Sie enthält durchschnittlich 6% Eisen und wird kurz als Ferratin benannt. Das Ferratin ist nach dem Verf. allein die Eisenverbindung, welche wir mit den Nahrungsmitteln aufnehmen und welche in den Geweben als Reservestoff für die Blutbildung sich abgelagert findet. Es verschwindet aus der Leber fast vollständig, wenn man an einem Hunde, bei sehr eisenarmer Nahrung, in grösseren Zwischenzeiten Blutentziehungen macht. Der Vorrath wird in diesem Falle für die Blutbildung verbraucht. Ausserdem scheint das Ferratin für die Ernährung der Gewebe auch eine directe Bedeutung zu haben. Es kann daher das Ferratin dazu dienen, dem Organismus in methodischer Weise, sei es zur Förderung der Ernährung und des Wachsthums oder zur Beseitigung krankhafter Zustände, die gleiche Eisenverbindung zuzuführen, die ihm unter gewöhnlichen Verhältnissen nur nebenbei und vermuthlich oft genug in unzureichender Menge mit den Nahrungsmitteln geboten wird. Da jedoch die Gewinnung dieses natürlichen Ferratins für den praktischen Gebrauch schwer durchführbar, so kam es darauf an, das Ferratin künstlich darzustellen. Erst nach mancherlei vergeblichen Versuchen gelang es Verf., das Ferratin auch künstlich von stets gleichmässiger Beschaffenheit, wie aus der Leber, darzustellen. Die nicht unerheblichen technischen Schwierigkeiten, die sich der Darstellung des Ferratins im grösseren Massstabe anfänglich entgegenstellten, sind von der Firma C. F. Boehringer & Söhne in Mannheim erst nach längeren



Bemühungen überwunden worden. Das Ferratin lässt sich in Bezug auf seine physiologische Bedeutung nicht durch andere Eisenverbindungen ersetzen, weil diese entweder, wie die Ferro- und Ferricyanide und das diesen chemisch entsprechende Hämoglobin und seine Derivate als Reserve- und Nährstoffe unbrauchbar sind, oder, wie die gewöhnlichen Eisensalze, selbst wenn sie in sehr kleinen Mengen resorbirt und verwerthet werden sollten, bei längerem Gebrauch den Magen- und Darmcanal fast regelmässig durch Aetzung schädigen und deshalb nicht vertragen werden. Das Ferratin dagegen ist einerseits im Gegensatz zu den genannten Cyaniden und dem Hämoglobin die assimilirbare Eisenverbindung und verursacht nach eingehenden Versuchen an Thieren und nach ziemlich ausgedehnten Erfahrungen an Menschen selbst nach längerem Gebrauch keine Störungen der Magen- und Darmfunctionen, ja es scheint auf diese in geeigneten Fällen sogar einen heilsamen Einfluss auszuüben, indem es gleichmässig gelinde adstringirend wirkt, ohne eine nachtheilige Aetzung zu verursachen, und im Darm ausserdem den durch Fäulnissvorgänge gebildeten schädlichen Schwefelwasserstoff bindet, indem es von diesem in Gegenwart von Alkalien langsam zersetzt wird. Besserung des Appetits und Regelung der Stuhlentleerungen können die Folgen dieser localen Wirkung des Mittels sein. Die Resorption des Ferratins erfolgt wenigstens bei kräftigen Hunden mit intactem Darmcanal verhältnissmässig langsam. Aber auch in solchen Fällen, in denen die Resorption gering erschien, hätten Thiere von 5—7 Kgrm. Körpergewicht 5—20 Liter Milch verzehren müssen, um die gleiche Menge von Eisen zu resorbiren, wie nach Gaben von 0·1—0·2 Grm. Ferratin. Dabei ist zu bemerken, dass grosse Gaben die Resorption nur insofern begünstigen, als von ihnen sicherer ein Theil sich der Zersetzung durch den sauren Magensaft und den Schwefelwasserstoff entzieht, als bei kleine Gaben. Deshalb muss die Dosirung so bemessen werden, dass im Darmcanal beständig ein Ueberschuss von Ferratin vorhanden ist. Eine Ueberladung der Organe mit Eisen ist dabei nicht zu befürchten. Aufnahme und Ausscheidung scheinen sich von selbst zu reguliren. Die letztere erfolgt niemals durch die Nieren, so dass diese unter allen Umständen ungefährdet bleiben. Das Ferratin ist also in erster Linie ein Nahrungsmittel und kann in diesem Sinne namentlich in solchen Fällen angewendet werden, in denen bei anscheinend gesunden Menschen, insbesondere bei Kindern, sich die ersten Erscheinungen einer wenig befriedigenden Ernährung und Blutbildnng bemerkbar machen. Dies gilt auch für die Fälle, in denen der Verdacht einer im Anzuge begriffenen Chlorose vorliegt. Für die Anwendung im Sinne eines Arzneimittels müssen vorläufig die üblichen Indicationen für den Eisengebrauch massgebend sein. Das Ferratin kommt als feines Pulver von rothbrauner Eisenoxydfarbe in zweierlei Form in den Handel, in freiem, in Wasser unlöslichem Zustande und als Natriumverbindung, die sich bei einigem Stehen und Umrühren leicht in Wasser löst. Doch muss das Wasser möglichst kalkfrei sein, weil sich sonst leicht das unlösliche Calciumferratin bildet. Diese wässerigen Natriumferratinlösungen lassen sich vortheilhaft als Zusatz zur



Milch oder zu anderen flüssigen Nahrungsmitteln anwenden. namentlich bei der Ernährung von kleinen Kindern. Das lösliche Ferratin kann, wie das unlösliche, auch unmittelbar in Pulverform ohne jeden weiteren Zusatz genommen werden. Bei Kindern werden tägliche Gaben von 0·1—0·5 Grm. ausreichend sein, bei Erwachsenen wird man dieselben auf 1·0—1·5 Grm. täglich bemessen können, die auf einmal oder zu 2—3 Portionen vertheilt genommen werden. Eine besondere Rücksicht auf die Art der Speisen braucht man nicht zu nehmen, nur sind sehr saure Sachen zu vermeiden, weil sie auf das Ferratin zersetzend wirken könnten. Das Weitere muss die praktische Erfahrung lehren. *—r.*

57. ***Phenol gegen das Erbrechen der Schwangeren und das Puerperalfieber, auch als Prophylacticum bei Scharlach.*** *Von **Wiglesworth**. (Journ. de méd. 1893. 27. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 95.)*

Verf. betrachtet die Carbolsäure (in einer Dosis von 0·1 bis 0·12 Grm.) als das beste Mittel gegen das Erbrechen der Schwangeren und gegen das biliöse Erbrechen. Er gibt folgende Verordnung:

Rp. *Acid. carbol. 1·6,*
Chloroform. gtt. III,
Syrup. simpl. 60·0,
Aqua destillat. ad 240·0,
MDS 2stündlich 1 Esslöffel.

Man lässt einige Löffel Wasser nachtrinken. Als Corrigens kann man Syr. Cort. Aurant. zufügen. Ferner ist nach Verf. die Carbolsäure, in einer Dosis von 0·24—0·3 Grm. 2stündlich, vom Beginne des Puerperalfiebers an gegeben, im Stande, die Affection in 24—36 Stunden zu coupiren; abwechselnd mit Chinin gegeben, leistet sie auch in den späteren Stadien der Krankheit noch gute Dienste. Fürchtet man den Eintritt des Puerperalfiebers, so thut man gut, die Carbolsäure von 12 Stunden nach der Geburt an zu geben. Endlich hat sich der Verf. von der Wirksamkeit der prophylactischen Darreichung der Carbolsäure gegen Scharlach überzeugen können: während mehr als 12 Jahren ist er gewohnt, die Carbolsäure in einer Dosis von 0·12 Grm. (2mal täglich) allen Bewohnern eines Hauses zu verordnen, in dem sich ein Scharlachkranker befindet, und bis jetzt sah er niemals unter diesen Bedingungen von dem Scharlachfall aus eine Infection eintreten. — Bei vorsichtiger Anwendung wird man auch niemals unangenehme Nebenerscheinungen erleben.

58. ***Zur Heilung des Erysipels durch eine Wasserauflösung von Thiol liquidum.*** *Von **N. K. Rudnew**, Arzt am Lubliner städtischen Lazareth. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 95.)*

Nach den Beobachtungen *Bidder's* bewirkt Thiol Aufhören der Schmerzen, reizt die Haut nicht und wirkt antiseptisch; die gute Wirkung dieses Mittels sah er unter Anderem bei den scharfen Entzündungsprocessen der Haut und des subcutanen Gewebes. Bei der Heilung der Rose hat Verf. nur flüssiges Thiol in Gestalt einer wässerigen Lösung angewandt und die Beobachtungen *Bidder's* bestätigt gefunden. In den Fällen von Rose, wo Sublimat nicht hilft, empfiehlt sich nach Verf. daher die Anwen-

dung des Thiol. In 15 Fällen von Rose, in welchen dasselbe angewandt wurde, war das Resultat sehr günstig. Zuerst wandte Verf. flüssiges Thiol in 20—30%iger wässeriger Lösung an, ist jedoch später angesichts von Rückfällen der Rose zu einer stärkeren (40%igen) Lösung übergegangen. Um die afficirte Stelle wurde zuerst die gesunde Haut 1—2fingerbreit bestrichen; darauf wurde der eigentliche Entzündungsherd mit der Lösung bestrichen. Dieses wurde 5mal täglich wiederholt. Die Haare wurden zuvor abrasirt. In drei Fällen gelang es so, den Process in einem Tage zum Stehen zu bringen. In den Fällen, wo stärkere Lösungen von Thiol angewandt wurden, sank die Körpertemperatur gewöhnlich am 2., 3. und 4. Tage des Aufenthaltes der Patienten im Lazareth. War die Körpertemperatur wieder zur Norm zurückgekehrt, so wurden die afficirten Stellen noch 1 oder 2 Tage mit Thiol bestrichen. Das Erysipel hatte in 14 Fällen das Gesicht, in einem Falle das rechte Schienbein ergriffen. Schwere Complicationen hat Verf. bei der Behandlung der Rose nicht beobachtet. Drei Patienten hatten eine Anschwellung der Halslymphdrüsen; einige Drüsen erweichten und es bildeten sich ziemlich tiefe Fistelgänge. Die übrigen angeschwollenen Halsdrüsen nahmen bedeutend an Umfang ab und die in Verfall gerathenen Drüsen heilten schnell zu. Ausser der Bestreichung der afficirten Stellen mit Thiol erhielten alle Kranke nach ihrer Aufnahme in's Lazareth 0·6 Calomel pro dosi. Bei hoher Temperatur wurde Chininum sulf. 0·6 zweimal täglich, Morgens und Abends verordnet. Ausserdem Mandelmilch, Kampfer in grossen Dosen 0·6—0·9 täglich, auf dessen gute Wirkung bei der Rose *Pirogoff* schon längst hingewiesen hat.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

59. ***Zur Frage der Benzosoltherapie des Diabetes mellitus.*** *Von Dr. Paul Palma, Assistent der v. Jaksch'schen Klinik in Prag. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 46.)*

Bekanntlich hat *Piatkowski* in der Wiener klinischen Wochenschrift im Vorjahre sehr günstige Resultate über die Darreichung von Benzosol bei Melliturie berichtet. Verf. hat dasselbe deshalb bei 6 Patienten der Klinik nachgeprüft. Die Fälle betreffen einen 14jährigen Knaben, eine 35jährige und eine 56jährige Frau, ein 17jähriges Mädchen und zwei Arbeiter im Alter von 37 und 50 Jahren. Die Erfolge waren jedoch nicht sehr ermunternd, es trat weder ein Schwinden, noch eine Veränderung der Zuckerausscheidung ein, keiner der Fälle wurde aus einem „schweren“ zu einem „leichten“ umgewandelt. Nur in einem Falle (37jähriger Bahnwärter), der in 15 Tagen 48 Grm. Benzosol nahm, trat Körpergewichtszunahme ein, was Verf. auf die einfache Diätregelung jedoch bezieht, bei den anderen blieb das Gewicht entweder auch ferner unbeeinflusst, oder es nahm auch weiter ab (2 Fälle). Also auch dies stimmt mit *Piatkowski's* Erfahrungen nicht überein. Auch ist Benzosol kein indifferentes Mittel; bei den Meisten ruft es Durchfälle hervor; bei der stark cachectisch gewesenen 56 Jahre



alten Frau (6. Fall) traten am 5. Tage, nachdem sie 9 Grm. Benzosol genommen hatte, diarrhoische Stühle ein — wurde zwei Tage später leicht icterisch und am 10. Tage ging Patientin unter Zunahme des Icterus, Benommenheit, Herzschwäche und Durchfällen zu Grunde. Unter solchen Umständen mahnt Verf. zu grosser Vorsicht bei der Anwendung des Benzosols; er gab das Mittel wie *Piatkowski* in aufsteigender Dosis, zu 3 und 4 Grm. täglich in eingrammigen Dosen. *Hertzka*, Carlsbad.

60. ***Ueber die Behandlung der Cholera in der Praxis.*** *Von Dr. Agéron, Hamburg. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 4.)*

Bei plötzlich hereinbrechenden Epidemien fällt zunächst dem praktischen Arzte die Aufgabe zu, die erste Hilfe den Erkrankten zu leisten und therapeutische Massnahmen anzuwenden, um hauptsächlich das gefährliche Stadium des Collapses entweder nicht zur Entwicklung gelangen zu lassen, oder doch wenigstens so lange hinauszuschieben, um den Transport nach den Lazarethen zu ermöglichen. Die Behandlung der Diarrhoen mit Opium wurde bald verlassen, da es auf die schon an sich schwache Herzthätigkeit der Erkrankten nur noch mehr schwächend wirken musste; leider war meist schon Opium von den Kranken in grosser Menge genommen worden, ehe sie in ärztliche Behandlung kamen. In derselben ungünstigen Weise hatte auch meist schon der in übermässiger Menge consumirte Alkohol auf die Herzthätigkeit der Kranken gewirkt. Auch mit Calomel und Ricinusöl konnte im Allgemeinen nichts gegen die Diarrhoe ausgerichtet werden, ebensowenig wie mit Salol, Kreolin und Salzsäure. Die *Cantani*'schen heissen Tanninklystiere konnten nicht in genügender Weise zur Anwendung gelangen, da sehr bald heftiger Tenesmus eintrat, der die Flüssigkeit schnell wieder aus dem Darm herausbeförderte. Dagegen wurden Erfolge erzielt mit der innerlichen Darreichung von Tannin in Pulverform, zweistündlich 0·5—1·0 Grm. So lange keine Brechneigung bestand, wurde es gut vertragen, indem nach jedem Pulver eine grosse Tasse irgend eines heissen Thees nachgetrunken wurde. Die Diarrhoe hörte doch in vielen Fällen auf und es trat bei entsprechender Allgemeinbehandlung Besserung und Heilung ein. Die von Frankreich aus empfohlene Milchsäure hat in vielen Fällen günstig auf die Diarrhoen gewirkt. Viele Diarrhoen, die bisher mit Opium und Calomel erfolglos behandelt worden waren, wurden durch grosse Gaben von Milchsäure, 10·0 : 200·0 stündlich 1 Esslöffel voll, oft in 24 Stunden beseitigt. Die gleichzeitig angewendeten diätetischen Mittel, die starken heissen Aufgüsse von Pfefferminz-, Kamillen- und russischem Thee, mit und ohne Cognac und die verschiedenen Glühweine, haben vorzügliche Dienste geleistet, so lange kein Erbrechen bestand. Die Abkühlung der Extremitäten liess nach, der Puls wurde voller und kräftig, die Haut wieder feucht und es trat sehr oft bald nach Einnahme eines halben Liters starken Glühweins aus gutem alten Rothwein starke Schweissabsonderung ein. Verf. ist überzeugt, dass man sowohl im Beginn wie im Stadium decrementi der Choleraepidemie durch alle diese diätetischen Massnahmen der Weiterausbreitung des Giftes vom Darm aus Schranken setzen und andererseits die Wiederausscheidung desselben aus dem Körper



zu beschleunigen im Stande war. War erst das Stadium asphycticum eingetreten, dann blieb dem Arzte nichts mehr übrig, als sich auf Injection von Aether oder Kampferöl zu beschränken, damit der Kranke wenigstens den Transport nach dem Krankenhause überstehen konnte, um daselbst der Wohlthat einer Kochsalzinfusion theilhaftig zu werden. Im Stadium der beginnenden Intoxicationen trat klinisch besonders das Uebelkeitsgefühl und das Erbrechen hervor neben gleichzeitig bestehender Diarrhoe. Die Behandlung in diesem Stadium musste zunächst auf die Bekämpfung des lästigen Erbrechens gerichtet sein. Hier half nicht heisser Thee oder Kaffee mit Rum; der Brechreiz wurde dadurch nur erhöht. Von diätetischen Mitteln bewährte sich besonders Cognac oder Champagner auf Eis gekühlt in kleinen Portionen, ebenso eiskalter Thee und Kaffee esslöffelweise; auch Berliner Weissbier wurde gut vertragen und linderte den Durst. Von Medicamenten zeigte sich besonders erfolgreich das Chloroform, entweder tropfenweise oder in Form der Aqua chloroformata, 1/4stündlich ein Esslöffel voll, respective Kinder- oder Theelöffel; die Diarrhoen liessen meist zugleich mit dem Aufhören des Erbrechens nach. Nun konnte man wieder warme Getränke verabreichen, besonders Glühwein, welche bald in Verbindung mit Einpackungen reichlichen Schweiss brachten. Gegen die oft mehr oder minder starken Muskelkrämpfe werden 1—2 Injectionen von Kampferöl gemacht; Morphium wurde vermieden, denn kleine Dosen halfen nichts und grössere mussten die Herzthätigkeit herabsetzen, ähnlich wie Opium. —*r.*

61. ***Einige Beobachtungen über reichliche Ernährung bei Typhuskranken.*** *Von* ***K. Puriz.*** *(Wratsch. 26, 27. Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 8.)*

Verf. verficht den Standpunkt, einen mit acuter fieberhafter Erkrankung Behafteten reichlich zu ernähren. Er verabfolgt Typhuskranken die ganze Zeit hindurch, feingehacktes Fleisch, Fleischpulver mit Bouillon, feingehackte harte Eier, das Weiche vom Brot etc., daneben Milch, Kaffee, Bouillon. Dem Fiebernden wird täglich zugeführt 70—90 Grm. Eiweiss, 140—180 Grm. Fett, 200–300 Grm. Kohlehydrate (= 2000 Calorien). Verf. stellte fest, dass Typhuskranke in verschiedenen Stadien erhebliche Mengen von Eiweiss resorbiren, die vermehrte Eiweisszufuhr ruft einen verstärkten Eiweisszerfall hervor, wie bei Gesunden; dafür sinkt aber der Stickstoffverlust (letzterer 20—25% geringer als bei ungenügender Diät). Die forcirte Ernährung führt weder zu Temperaturerhöhung, noch zu Störungen der Verdauung, noch zu häufigeren Recidiven, der Gewichtsverlust und der tägliche Eiweissverlust sind geringer.

62. ***Zur Behandlung des chronischen Magengeschwürs.*** *Von* ***Stepp.*** *(Therap. Monatsh. 1893. 11.)*

Seit einer Reihe von Jahren bedient sich Verf. bei der Behandlung des runden Magengeschwürs des Chloroformwassers in Verbindung mit Wismuth, von der Idee ausgehend, dass das Chloroformwasser die Gährungs- und Zersetzungsvorgänge im Magen hintanhält und auf diese Weise schädliche Einwirkungen auf die Geschwürsfläche vermieden werden. Dem Mittel kommt

5*



noch eine blutstillende und gleichzeitig mildreizende Wirkung zu Gute, als Anodynum kann es aber nicht gelten, da Verf. nie, weder bei Kindern, noch bei Erwachsenen eine local anästhetische Wirkung des Chloroformwassers beobachtet hat; eher muss es als Analepticum bezeichnet werden, da nach dessen Anwendung gewöhnlich der Puls sich hebt und das Allgemeinbefinden sich bessert. Verf. verordnet das Mittel folgendermassen: Chloroformii 1·0, Aq. dest. 150·0, Bismuthi subnitrici 3·0, stündlich 1—2 Esslöffel voll. Der Zusatz von Wismuth ist nicht absolut nöthig. Die Behandlung kann auch unmittelbar nach einer stattgefundenen Blutung eintreten, während die Behandlung mit Carlsbader Salz oder mit grossen Wismuthdosen (nach *Fleiner*) zu dieser Zeit contraindicirt ist. Die Erfolge, welche Verf. mit dieser Methode erzielt hat, waren sehr schöne. Wenige Tage nach Anwendung des Chloroformwassers schwindet das fahlgelbe Aussehen der Patienten, es tritt eine frischere Gesichtsfarbe ein, Uebelkeit und Erbrechen lassen nach. Die dem Original beigefügten Krankengeschichten illustriren die günstige Wirkung der vom Verf. angewandten Therapie.

63. ***Zur Behandlung der Asphyxia neonatorum.*** *Von Dr.* ***N. Rosenthal****, Berlin. (Therap. Monatsh. 1893. November.)*

Die bekannten Schwierigkeiten der Einleitung der künstlichen Athmung umgeht der Verf. durch folgende Methoden: Bei den *Schultze*'schen Schwingungen werden Kopf, Arme und Thorax des Kindes durch den Operateur fixirt und durch tactmässiges Schwingen der Beine und des Beckens In- und Exspirationen bewirkt. In weniger anstrengendem Verfahren für den Operateur und zarterem für das Kind lässt sich dasselbe Resultat erzielen. Das Kind wird auf den Tisch gelegt und der Nacken durch eine Rolle gestützt. Der Operateur fasst die Füsschen des Kindes so, dass der Daumen in der Sohle liegt, der Zeigefinger auf dem Fussrücken, der Ringfinger auf der Achillessehne; die beiden letzten Finger werden eingeschlagen. In tactmässigen Bewegungen werden nun Knie, Hüftgelenke und Wirbelsäule gebeugt, so dass die Knie die Brust berühren; auf diese Weise wird der Bauch comprimirt, und es erfolgt eine Exspiration. Durch die Streckung des Körpers erfolgt dann die Inspiration. Vorzüge dieses schon anderweitig veröffentlichten, aber wenig geübten Verfahrens sind, dass der Kehlkopf des Kindes nicht comprimirt wird, wie es bei den *Schultze*'schen Schwingungen sehr oft geschieht, wenn der Kopf nicht durch die Arme des Operateurs in geschickter Weise festgehalten wird; dass es sich ferner in den Fällen vortheilhaft verwenden lässt, wo Fracturen der Arme oder Schlüsselbeine vorhanden sind. Ist eins der Beine fracturirt, so wird man von beiden Handgriffen absehen und die *Braxton-Hicks*'schen Lagerungen oder Compressionen der unteren Thoraxpartie als schonendstes Mittel anwenden. Das andere Verfahren besteht in der Suspension des Kindes an den Beinen. Der wesentlichste Vortheil desselben ist das Abfliessen des in Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf und Luftröhre eingeathmeten Fruchtwassers und Blutes. Es zeigt sich dies schon im Stadium der Asphyxie, besonders auffallend aber, wenn das Kind die ersten Athembewegungen macht. Da dieselben nur kraftlos und oberflächlich sind, wird wohl der Kehlkopf er-



weitert. der Luftstrom aber ist nicht kräftig genug, um die Flüssigkeiten der Schwere entgegen in die Lunge hineinzusaugen; im Gegentheil sieht man gerade während der Inspiration Fruchtwasser und Schleim aus Mund und Nase abfliessen. Stellen sich nachher forcirte Exspirationsbewegungen (Schreien) ein, so wird eine Menge glasigen, blutig oder durch Meconium schwarz gefärbten Schleimes aus der Luftröhre in den Rachen hineingetrieben und entleert. Versucht man die aspirirten Flüssigkeiten mit dem Finger zu entfernen, so treten selbst Brechbewegungen auf, welche die Lunge gewissermassen ausdrücken und die eingeathmeten Massen herausbefördern. Die Aspirationspneumonien werden so sicher vermieden. Bei der geschilderten Haltung lassen sich ferner äussere Reize, insbesondere warme und kalte Begiessungen, sehr bequem anwenden. Auf einen kleinen Handgriff möchte Verf. schliesslich noch aufmerksam machen, nämlich das Bein nie mit der blossen Hand, sondern vermittelst eines Tuches zu fassen. Es ist ihm einmal in Folge reichlicher Vernix caseosa das Beinchen und mit ihm das Kind entschlüpft, glücklicherweise ohne Schaden für dasselbe.

O. R.

64. ***Ueber specifische Behandlung des Abdominaltyphus.*** *Von Eug. Fraenkel.*

65. ***Die Behandlung des Typhus abdominalis mit abgetödteten Culturen des Bacillus pyocyaneus.*** *Von Th. Rumpf. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 41. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 44.)*

Die Untersuchungen der genannten Verff. schliessen sich an die bekannten Experimente von *Simmonds*, *Peiper*, *Brieger*, *Kitasato* und *Wassermann* an. Diese Autoren stellten die Thatsache fest, dass man im Stande ist, bei Züchtung der Typhusbacillen Culturen in bestimmten Nährböden (namentlich geeignet ist Thymusbouillon) das Typhusgift stark abzuschwächen und mit diesem abgeschwächten Gifte Thiere zu immunisiren und zu heilen. *Fraenkel* unternahm es, Versuche in dieser Richtung an Menschen anzustellen, und zwar wurden 57 Fälle von Typhus abdominalis mit dem abgeschwächten Typhotoxin behandelt. Die Darstellung desselben geschah folgendermassen: In sterile Thymusbouillon wurde mittelst einer Platinöse Typhusculturmasse von Glycerinagar eingebracht und dann die Bouillon während dreimal 24 Stunden bei einer Temperatur zwischen 36° und 37° in Thermostaten conservirt. Nachdem Verf. sich alsdann von dem üppigen Wachsthum der Bacillen überzeugt hatte, wurden die Reagensgläser mit der Bouillon im Wasserbade auf 63° erhitzt; nach erfolgter Abkühlung wurde eine Impfung auf Agar vorgenommen, welche über die vollkommene Sterilität des Inhalts der Gläschen Aufschluss gab. Dieser Inhalt wurde nun an Kranken angewandt. Zur Injection erwies sich am geeignetsten die seitliche Glutäalgegend, wobei natürlich die Asepsis als Hauptregel gilt. Die Anfangsdosis war 0·5, worauf in den meisten Fällen keine wesentliche Aenderung in dem Verhalten des Patienten bemerkbar wurde. Wird am nächsten Tage die Dosis auf das Doppelte gesteigert, so ist bei der Mehrzahl der Kranken ein deutliches Ansteigen der Temperatur zu beobachten; am dritten Tage der Behandlung stellt sich jedoch ein unverkennbares Absinken der



Temperatur ein, und nach weiteren 24 Stunden ist ein noch stärkeres Heruntergehen der Temperatur bemerkbar. Pausirt man jetzt mit der Injection, so steigt gewöhnlich die Temperatur wieder an, damit ist der Zeitpunkt für eine weitere Steigerung der Dosis auf 2·0 gegeben. Also der Gang der Temperatur entscheidet das weitere Vorgehen. Aus dem Verlauf der vom Verf. beobachteten Fälle geht hervor, dass man mit diesen Injectionen die Febris continua abschneidet, es kommt von Anfang an zu einem ausgesprochen remittirenden Charakter des Fiebers, und es erfolgt in unverhältnissmässig kurzer Zeit völlige Apyrexie. Ferner hat es sich ergeben, dass sogar die letzten Stadien der Krankheit, also die steilen Curven, in vortheilhafter Weise beeinflusst werden können. Mit dem früheren Eintritt der Remissionen geht Hand in Hand eine oft auffallende Besserung des Allgemeinbefindens, dabei ein rapides Ansteigen der Diurese. Auch die typhösen Diarrhoen cessiren mit dem Sinken des Fiebers; die verschiedenen Complicationen jedoch, die den Unterleibstyphus begleiten, können durch die Injectionen nicht vermieden werden. Jedenfalls steht so viel fest, dass man durch Injection des abgeschwächten Typhusgiftes den Krankheitsverlauf entschieden abschwächen und abkürzen kann. *Rumpf's* Beobachtungen weisen darauf hin, dass man die eben geschilderten Resultate erzielen kann, auch wenn man nicht das specifische Typhusgift verwendet, sondern das vom Bacillus pyocyaneus producirte Toxin. Das Präparat wurde in derselben Weise wie dasjenige der abgetödteten Typhusculturen hergestellt. Bei Injection von 0·5 der Culturflüssigkeit lässt sich meistentheils keine merkbare Wirkung constatiren. Wird jedoch 1 Ccm. derselben injicirt, so tritt alsbald ein deutlicher Abfall der Temperatur und des Pulses ein, wobei eine völlige Aenderung des ganzen Krankheitsbildes zu beobachten ist. An Stelle eines schwer typhösen Kranken findet man einen Kranken mit guter Psyche und vorzüglichem Allgemeinbefinden vor. Somnolenz und Delirien schwinden. Setzt man nun die Einspritzungen nicht fort, so pflegt die Temperatur wieder anzusteigen, das Krankheitsbild erlangt jedoch einen anderen, mehr milderen Charakter; wird dagegen die Behandlung fortgesetzt, und zwar so, dass die Einspritzungen mit allmälig ansteigenden Dosen (1·0—4·0) bei Wiederaufflammen des Fiebers ausgeführt werden, so kann man immer den typhösen Process abkürzen. Die Reaction trat in den Fällen von Verf. nicht immer nach Injection von 1 Ccm. ein, in einigen Fällen blieb sie sogar bei 2 und 4 Ccm. aus. Jedenfalls lässt es sich als Thatsache hinstellen, dass es gelingt, mit Bacterienproducten eine Krankheit des Menschen zu beeinflussen, welche ganz anderen Mikroorganismen ihre Entstehung verdankt.

66. ***Versuche mit intravenösen Infusionen physiologischer Kochsalzlösung bei Cholera asiatica.*** *Von Prof.* ***Carl Dehio.*** *(St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 48.)*

Auf Grund der in der Cholera-Epidemie zu Dorpat im Jahre 1893 gemachten Erfahrungen, während welcher an 18 Cholerakranken 30 Kochsalzinfusionen nach dem vom Verf. angegebenen Verfahren ausgeführt wurden, wobei es bei 18 asphyctischen Kranken nur dreimal gelungen war, das Leben dauernd zu er-



halten, und fünfmal die Kranken, die später den Nachkrankheiten erlagen, über das algide Stadium hinwegzubringen, bespricht Verf. die Wirkungsweise und therapeutische Bedeutung der Kochsalzinfusionen. Sie bieten zur Wiederbelebung der Herzthätigkeit und des Blutkreislaufes ein zuverlässiges Mittel, und da wir nicht annehmen können, dass die physiologische Kochsalzlösung irgend welche chemische oder pharmacotherapeutische Wirkungen auf das Herz ausübt. so lässt sich die thatsächlich eintretende Kräftigung der Herzaction nur dadurch erklären, dass wir durch die Infusion die Masse des im Gefässsystem befindlichen Blutes beliebig vermehren. Der Blutdruck wird dadurch unmittelbar gehoben, und da jede Steigerung des Blutdruckes eine ausgiebigere und kräftigere Herzarbeit bewirkt, so wird uns die Wiederkehr einer stärkeren Herzaction sofort verständlich. Insoweit als die Herzschwäche und Pulslosigkeit im Choleraanfall von der Eindickung des Blutes und der Verminderung der Gefässfüllung abhängt, haben wir es jedenfalls in der Hand, die genannten Störungen zu beseitigen. Wenn es dennoch nur in relativ seltenen Fällen gelungen ist, die Herzthätigkeit dauernd zu beleben, so ist uns das ein Beweis, dass die verderbliche Herzschwäche nicht einzig von der Verminderung der circulirenden Blutmenge abhängen kann, sondern noch andere Gründe haben muss. Verf. sucht diese Gründe in der Vergiftung des Körpers mit den aus dem Darm resorbirten Choleratoxinen. Diese sind es, welche den automatischen Herzapparat und vor Allem den Herzmuskel schädigen und so die Herzschwäche bewirken. Dass die physiologische Kochsalzlösung bei der Cholera specifische antitoxische Wirkungen entfalten sollte, ist von vorneherein nicht zu erwarten, und was die Ausscheidung der Toxine aus dem Körper anlangt, so müssen wir hierfür doch in erster Linie unsere Hoffnung auf die Nierenthätigkeit setzen. Nun zeigen die Erfahrungen, dass die Infusion für die Function der Nieren belanglos ist. Die Anurie lässt sich durch die Hebung der Blutcirculation nicht beseitigen — eine Thatsache, die darauf hinweist, dass man es bei der Choleraniere nicht mit einer einfachen Ischämie dieses Organs zu thun hat, sondern mit einer parenchymatösen Erkrankung, die wohl, ebenso wie die Affection des Herzmuskels, auf Toxinwirkungen zurückzuführen ist. Demgemäss stimmt Verf. mit den Ansichten und Erfahrungen überein, die *Rumpf* in der Hamburger Epidemie betreffs der intravenösen Infusion an einem freilich viel grösseren Material gewonnen hat. Dass die Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung bei strenger Asepsis einen völlig ungefährlichen Eingriff darstellen, hat schon *Fränkel* hervorgehoben. Das Lungenödem, welches bei Verf.'s Kranken öfters post mortem constatirt wurde, war nicht häufiger als bei den übrigen Choleraleichen, welche nicht mit Infusionen behandelt worden waren. Vielleicht liessen sich durch die intravenöse Infusion bessere Resultate erreichen, wenn man mit derselben eine energische Diaphorese verbände. Die allseitig anerkannte günstige Wirkung der warmen und heissen Bäder im algiden Stadium der Cholera, sowie die Lobsprüche, welche mehrfach den hydropathischen Schwitzcuren bei Cholerakranken gezollt worden sind, dürften zu Gunsten eines derartigen Vorschlages sprechen. *O. R.*



67. ***Ueber die physiologische Wirkung der Massage auf die Muskeln der Menschen.*** *Von Prof. Dr. Arnold Maggiora, Turin. (Arch. per le Scienze med. 1892. — Wiener klin. Wochenschr. 1893, 50.)*

Verf. hat mittelst des Ergographen von *Mosso*, der die Arbeitsleistung des sich contrahirenden Muskels, z. B. der Flexoren eines Fingers in Form von verschieden geformten Curven wiedergibt, die Wirkung der Massage auf die Muskeln unter den verschiedensten Bedingungen geprüft. Die Arbeitsleistung des normalen, vorher in vollkommener Ruhelage gewesenen Muskels wurde durch vorausgegangene Massage eine bedeutend höhere als ohne solche. Die Hubhöhe für die linke Hand z. B., die normaler Weise 1·424—1·65 Meter betrug, stieg durch eine 3 Minuten andauernde Massage auf 2·67, resp. 2·801 Meter, während die Arbeitsleistung von 4·272 Kgrm. auf 8·019 Kgrm. gebracht wurde. Gleiche Wirkung ergab sich auch, wenn die Muskeln nicht willkürlich, sondern mechanisch oder elektrisch vom Nerven aus zur Arbeitsleistung angeregt wurden. Auch wenn die Muskeln durch Fasten, durch lange Spaziergänge oder Nachtwachen in ihrer Arbeitsleistung stark herabgesetzt waren, genügte eine Massage von 5—10 Minuten, ihnen dauernd die volle Leistungsfähigkeit wiederzugeben Auch intensive geistige Arbeit oder gar Ueberanstrengung, wie sie den Blutdruck herabsetzt, den Puls beschleunigt und die Denkthätigkeit schwächt, setzt die Leistungsfähigkeit der Muskeln bedeutend herab. Der Flexor des Mittelfingers der linken Hand, der normalerweise eine Arbeitsleistung von 4·5 Kgrm. aufzubringen vermochte, zeigte nach einer protrahirten und intensiven geistigen Arbeit nur mehr eine Leistungsfähigkeit von 0·903 Kgrm. Eine Massage von 10 Minuten brachte ihn bis zu 4·5 Kgrm, das ist fast zur normalen Leistung zurück. Die Ermüdung nach schwerer körperlicher oder geistiger Arbeit also, die sonst nur lange Ruhe oder Schlaf zu beheben vermag, kann, was Muskelleistung betrifft, durch Massage rasch behoben werden. Zum Schlusse erprobte Verf. noch die Wirkung der Massage auf den anämischen Muskel. Der Flexor seines Mittelfingers contrahirte sich de norma 265mal, mit einem Gewichte von 1 Kgrm. rhythmisch jede zweite Secunde. Die Arbeitsleistung betrug 17·755 Kgrm. Durch Compression der Arteria brachialis wurde durch 3 Minuten der Arm anämisch gemacht. Die Zahl der hierauf vollführbaren Contractionen war 11, die Arbeitsleistung 0·357 Kgrm. Zwei Stunden später wurde bei wiederholter Compression der Arterie gleichzeitig der Vorderarm energisch massirt. Die sofort vorgenommene Prüfung ergab als Grenze der Leistungsfähigkeit 9 Contractionen mit 0·276 Kgrm. Arbeitsleistung. Offenbar ist die Massage bei Muskeln, welche der Blutcirculation beraubt sind, vollständig unwirksam. Im Zusammenhange mit den früher gefundenen Resultaten meint also Verf., dass die Wirkung der Massage in einer Verstärkung der localen Circulation zu suchen sei, sei es, dass durch dieselbe dem Muskel eine grössere Menge der für die Contractionen nöthigen Substanzen zugeführt werde, sei es, dass die Abfuhr der hierbei gebildeten chemischen Zerfallsproducte hierdurch beschleunigt werde. Die wirksamste Art der Massage sei die gemischte.



Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

68. ***Ueber den Einfluss der Scheidenbacterien auf den Verlauf des Wochenbettes.*** *Aus der geb.-gyn. Klinik in Basel. Von **Louis Burckhardt**. (Arch. f. Gyn. Bd. XLV, Heft 1, pag. 70.)*

In den letzten Jahren hat sich die Anschauung verbreitet, dass sich die Puerpera durch Bacterien des Vaginalsecretes selbst inficiren kann. Dies wird von Anderen auf Grund negativer Züchtigungsversuche geleugnet. *Döderlein* in Leipzig meint, dass nicht wenige Fälle von Puerperalerkrankung auf Mikroorganismen der Vagina, die bei der Untersuchung mittelst des Fingers in die frisch verletzten Gewebe übertragen werden, zurückzuführen seien. Nach ihm hat man ein normales und ein pathologisches Vaginalsecret zu unterscheiden. Ersteres ist weisslich, krümlich, von der Consistenz geronnener Milch, ohne Schleimbeimischung und reagirt sauer. Es enthält eine reichliche Menge einer Bacillenart, deren Lebenseigenschaften sich in der Vagina und im Culturglas als charakteristisch erweist. Diese Bacillenart wirkt stark säurebildend und übt eine antagonistische Wirkung auf andere, namentlich pathologische Bacillen aus, namentlich auf den Staphylo- und Streptococcus. Pathologische Keime enthält das normale Vaginalsecret nahezu keine. Das pathologische Secret ist gelblich, grünlich, rahmartig, oft von Gasblasen durchsetzt und vermengt mit zähem, gelbem Schleim. Es reagirt schwach sauer, oft neutral oder alkalisch. Es enthält die verschiedensten Mikroorganismen, Bacillen und Coccen in grosser Menge, aber nicht die Bacillenart des normalen Secretes. *Döderlein* nahm an 195 Schwangeren und Kreissenden einschlägige Untersuchungen vor und ergaben ihm diese, dass Untersuchungen mit aseptischem Finger nur dann gefährlich sind, wenn pathologische Keime in der Vagina da sind. Daher sollen zu Unterrichtszwecken nur Schwangere mit normalem Vaginalsecrete verwendet werden. Verf. nahm an 150 Schwangeren (von denen 116 nachträglich deren Geburt und Puerperium controlirt wurde), die früher nicht untersucht worden waren, Controlversuche vor. Es wurde das Scheidensecret entnommen und wurden Culturen desselben angelegt. Bei diesen 116 Fällen zeigte sich nachträglich im Puerperium eine Erkrankungsfrequenz in 30·17% der Fälle. 69 Fälle oder 59·48% zeigten ein normales und 32 oder 27·59% ein pathologisches Vaginalsecret. 15 Fälle oder 12·93% zeigten ein nicht ganz normales Verhalten des Secretes, darunter 3 Fälle, die Strepto- und Staphylococcen finden liessen. Unter den 32 Fällen pathologischen Secretes waren 19 mit Gonorrhoe. Unter den 116 Fällen waren 57 Primi- und 59 Plurigravida. Bei ersteren fand sich ein pathologisches Secret in 33·3%, bei letzteren in 37·29% der Fälle. Bei 46 Ledigen war das Secret pathologisch in 36·96% und bei 70 Verheirateten in 34·28%. Von den 73 mit normalem Secrete erkrankten puerperal 23·3% und von 38 mit pathologischem Secrete 50%. Von 44 Fällen mit normalem Secrete und von 26 mit pathologischem, die zu Unterrichtszwecken verwendet worden waren, erkrankten im Puerperium 22·7 und 57·7%. Weiber,



die ein pathologisches Vaginalsecret zeigen, nicht zum Unterrichte zu benützen, lässt sich in Kliniken, die nur ein geringes Material haben, nicht durchführen. Lässt man die Untersuchenden die scrupulöseste Desinfection und Reinlichkeit einhalten und lässt man die Schwangeren nach der Untersuchung mit Lysol ausspülen, so kann man die üblen Folgen nahezu ganz ausschalten. Wichtig ist es aber, namentlich die äusseren Genitalien gehörig zu desinficiren, und zwar mit Sublimat (1 : 1000), weil die Pubes constant Staphylo- und Streptococcen enthalten. Zu erwähnen wäre schliesslich, dass die im Puerperium Erkrankten nur geringe Temperatursteigerungen zeigten und keine von ihnen starb. *Kleinwächter.*

69. ***Ein Beitrag zur Kenntniss der Eileitersäcke.*** *Von Dr. L. Prochownick. (Deutsche med. Wochenschr. 1893.)*

Verf. gibt einen lehrreichen Beitrag zu der in der Gegenwart viel ventilirten Frage der operativen Behandlung der Tubensäcke. Er hat (bis Februar 1892) 80 Salpingectomien wegen infectiös-entzündlicher Eileitergeschwülste an 78 Kranken vollzogen. Es hatten 45 dieser Frauen eine gonorrhoische Ansteckung durchgemacht, bei 30 Kranken war der Zusammenhang der entzündlichen Eileitergeschwulst mit puerperaler Erkrankung nachzuweisen und bei den letzten 5 Frauen war die Krankheitsursache 2mal in septischen Vorgängen nach Operationen, 2mal im Typhus und 1mal in schwerer Scharlacherkrankung zu suchen. Von diesen 80 Operirten unterzieht Verf. nur diejenigen 60 einer genaueren Betrachtung, bei welchen nach mehreren Richtungen, bestimmt aber an den ausgeschnittenen Eileitern eine bacteriologische Prüfung durchgeführt werden konnte. Wir entnehmen den Erörterungen des Verf.'s Folgendes über die Abhängigkeit der Vorhersage bezüglich Verlauf und Entscheidung der Behandlung eines Tubensackes von der Art der ursprünglichen Infection. Die puerperalen Krankheitsformen, so sagt er, heilen häufig von selbst oder durch verhältnissmässig einfache Eingriffe, die nicht heilenden Fälle sind fast stets schwere, complicirte, meist doppelseitige, die Operationen gestalten sich schwierig; die gonorrhoischen dagegen heilen selten spontan, sind einfacher Therapie nicht leicht zugänglich, aber leichter zu operiren und häufig einseitig. Der Inhalt puerperaler Salpinges ist häufiger — auch wenn nicht eiterig — mit virulenten Keimen durchsetzt; bei den gonorrhoischen, fast immer eiterigen Säcken ist dieser Befund seltener. Für alle gemeinsam sei aber, falls die gewöhnliche Art der Behandlung oder Entleerung des Inhaltes nicht zur Besserung führt, die eine Erfahrung als eine ganz sichere zu bezeichnen, dass, je länger man den operativen Eingriff hinausschiebt, um so schwerer sich derselbe gestaltet, um so mehr sich die Prognose für den Einzelfall trübt. Ist man zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Eileitersack eine dauernde Erkrankung bleibt, so entferne man ihn bald. In erster Linie gilt dies für die einseitige Pyosalpinx gonorrhoica. Durch allzulanges Abwarten werde die Erkrankung der anderen Seite begünstigt, während Verf. nach frühzeitigem Eingreifen gute Erfolge und vor Allem baldige Abheilung der begleitenden Gebärmuttercatarrhe mit nachfolgender Empfängniss erzielte. Aber auch für die übrigen Erkrankungsformen ist ein übertriebener Conser-



vatismus falsch; wiewohl andererseits Verf. betont, dass für Tubensäcke nicht **der chirurgische Grundsatz**: Ubi **pus**, ibi **evacua** allgemein giltig sei. Denn erstens ist die Eiterentleerung in diesen Fällen fast niemals eine einfache Sache und zweitens ist bei sehr vielen Kranken ein vollständiges Schwinden oder Eintrocknen des Eiters festgestellt und es tragen recht viele Frauen seit Jahren im acuten Stadium eiterig gewesene, später nach Moor- und Soolbädern geschrumpfte Tubensäcke ohne alle Beschwerden. Allein dieser glücklichen Mehrzahl steht eine zweite Reihe von Kranken gegenüber, bei denen sich schon nach kurzer Zeit jede Art von Behandlung als völlig erfolglos erweist oder wo nach kurzer Besserung heftige neue Erkrankungsnachschübe eintreten. In diesen Fällen ist die chirurgische Behandlung nur so lange aufzuschieben, als es für die Prognose der Operation erwünscht ist, d. h. man führe den Eingriff erst nach einer längeren, dem letzten acuten Kranksein folgenden Ruhepause aus, um den Nachtheil eines noch virulente Keime führenden Sackinhaltes zu entgehen. Die höchst beachtenswerthen Befunde der bacteriologischen und anatomischen Untersuchungen des Verf. betreffend, verweisen wir auf das Original. *Kisch.*

70. ***Ueber die Aetherisation incarcerirter Hernien nach Finkelstein.*** *Von Prof. Dr. Carl* ***Gussenbauer.*** *(Prager med. Wochenschr. 1893. 35. — Therap. Monatsh. 1893. 12.)*

Verf. hat von 1891 ab die *Finkelstein*'sche Methode, incarcerirte Hernien mittelst Aufträufeln von Aether (1/4 stündlich 1—2 Esslöffel auf den Hernialring und den Tumor durch 1—3 Stunden, nachdem die Haut an diesen Stellen mit Vaselin bestrichen ist, um sie dem reizenden Einfluss des Aethers zu entziehen) bei Hochlagerung des Beckens mit eventuell sich anschliessender leichter Taxis bei allen, sich dafür eignenden Fällen versucht und gute Erfolge damit erzielt. Von 135 während dieses Zeitraumes aufgenommenen Fällen eigneten sich hierfür nur 31 (bei den übrigen musste wegen langer Dauer der Einklemmung, stürmischer Erscheinungen, hochgradigem Meteorismus und gestörter Peristaltik, der Zeichen drohender oder bereits eingetretener Darmgangrän von vornherein herniotomirt werden), von denen 25 mit dieser Methode behandelt wurden; in 6 Fällen wurde versuchsweise die einfache Beckenhochlagerung und die Eisapplication angewandt. Die Aetheraufgiessung war erfolgreich bei 20 Fällen (16 Inguinal-, 1 Parumbilical-, 3 Cruralhernien), während fünfmal die Herniotomie nachfolgen musste; dreimal erfolgte spontane Reposition ohne Taxis, einmal reponirte sich der Patient den Bruch selbst, in den übrigen Fällen fand die Reposition (nach 1—6, meistens nach 2—3 Stunden) mit leichter Taxis statt, nachdem die Empfindlichkeit in der Bruchpforte, die Spannung und das Volumen der Bruchgeschwulst deutlich abgenommen hatten. In 4 Fällen gelangt die Reposition durch leichte Taxis nach (ohne Aetherisation) mehrstündiger Hochlagerung des Beckens (darunter einmal gleichzeitig Eisblasenapplication), einmal bei Eisaufpackung ohne Hochlagerung. Es ist zweifellos, dass die *Finkelstein*'sche Methode noch öfter erfolgreich wirkt, wenn sie möglichst bald nach der Einklemmung angewandt wird. Besonders für die Landpraxis eignet sie



sich ungemein. (Vorsicht bei Licht!) Nicht zu vergessen ist allerdings, dass nur die Herniotomie in Verbindung mit der Radicaloperation im Stande ist, dem Bruchleidenden nicht nur von der Einklemmung, sondern auch von seinem Bruche überhaupt zu befreien.

71. ***Beiträge zum Heilverfahren bei Knochenbrüchen.*** *Von Dr. **Josef Lumniczer**, Assistent der II. chirurg. Klinik (Prof. Reczey) zu Budapest. (Ungarisches Arch. f. Med. 1893. Bd. II. Heft 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 95.)*

Verf. vergleicht die Resultate, die mit dem früheren Heilverfahren bei Knochenbrüchen erzielt worden waren, mit Erfolgen der neuen *Landerer*'schen Methode, nach welcher die gebrochene Extremität nur kurze Zeit im festen Verband liegt und dann nach Verschwinden der Geschwulst und Bildung eines knorpeligen Callus (nach 8—14 Tagen) mit zweimal täglicher Massage und activen und passiven Bewegungen zu behandeln ist. Durch diese neue Methode wird die Verknöcherung des Callus beschleunigt und die sonst durch die Inactivität erzeugte Functionsstörung vermieden. In der oben genannten Klinik wurden 93 Fälle nach letzterem Verfahren behandelt, und es zeigte sich in Uebereinstimmung mit *Landerer*, dass sowohl die Consolidation der beiden Bruchenden, als auch die Functionsfähigkeit früher, meist sogar um einige Wochen früher, eintritt, als nach dem ersten Verfahren. So dauerte früher z. B. bei einem Bruche des Femur die Consolidation 57 Tage und bis zum Eintritt der Functionsfähigkeit vergingen 81 Tage, während nach dem neuen Verfahren dazu nur 36, respective 51 Tage nöthig sind. Wie hier, so wird auch sonst namentlich die Zeit, bis wieder volle Functionsfähigkeit eintritt, abgekürzt. Die Anwendung der Massage auf den provisorischen weichen Callus ist in den ersten Tagen häufig so schmerzhaft, dass nur einmal massirt werden kann, dabei sieht man sogar den Callus anschwellen, doch lässt die Empfindlichkeit bald nach und die Geschwulst bildet sich schnell wieder zurück. Eine Contraindication für die Anwendung der *Landerer*'schen Methode liefern die mehrfachen Fracturen, da wo die Bruchenden zur Dislocation neigen; in solchen Fällen kann durch die Anwendung dieser Methode eine Heilung mit Formentstellung der Extremität eintreten. Das Verfahren ist mit besonderem Erfolge anwendbar bei in's Gelenk dringenden Brüchen, bei alten Individuen, sowie dort, wo langsamere Consolidation zu erwarten ist, ferner bei offenen Fracturen, wenn die Heilung der Continuitätstrennung weicher Theile grösstentheils schon vollendet ist, also dann, wenn subcutanen Fracturen entsprechende Verhältnisse vorherrschen.

72. ***Beiträge zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre.*** *Von Dr. med. **Kirsch**, Specialarzt f. Chirurgie, Breslau. (Therap. Monatsh. 1893. September.)*

Von den Indicationen, welche bei der Behandlung der Unterschenkelgeschwüre sich ergeben, Verminderung der Blutstauung im Unterschenkel, Erweichung der infiltrirten Ränder, sowie deren Umgebung und Anregung der Granulationsentwicklung auf dem Grunde des Geschwürs, lassen sich die beiden ersteren durch Bettruhe mit Hochlagerung des Beines ohne Weiteres, die dritte



sehr leicht durch eines der bekannten, Granulationen erregenden Mittel erfüllen. Leider lassen sich diese Indicationen bei den meist armen Kranken dieser Art häufig nicht realisiren und man ist auf diejenigen Methoden angewiesen, die eine ambulante Behandlung ermöglichen, auf die Bandagirung der kranken Extremität. Es gelingt nun zwar bei sorgfältig ausgeführter Bandagirung, den venösen Stauungen im Unterschenkel entgegenzutreten und Granulationsentwicklung zu erreichen. Schwer aber ist es, unter solchen Verhältnissen die harten Ränder mit dem Geschwürsgrund in ein Niveau zu bringen und zu bewirken, dass sich aus ihnen eine solide Narbe entwickelt. Gegen diese Ränder haben sich daher von jeher die meisten therapeutischen Vorschläge gerichtet. Als die besten sind die Einwicklungen mit Heftpflasterstreifen und die von *Unna* beschriebene Application von doppelköpfigen Gazebinden auf die vorher mit Zinkleim bestrichene Extremität zu nennen. Auf die Dauer aber sind diese Verfahren einerseits zu kostspielig, andererseits erzeugen sie durch ihre concentrische Wirkung ein häufig unerträgliches Gefühl der Einschnürung. Um die Ränder sehr schnell zu erweichen, hat nun Verf. in der Schwammcompression der Geschwüre ein vortreffliches Mittel gefunden. Das Verfahren ist folgendes: „Das Geschwür wird, wenn es sehr tief ist, mit Jodoformgaze gefüllt, doch nur so, dass dieselbe nicht über die Ränder hervorragt; die Ränder selbst und deren Umgebung werden mit Dermatol bestreut, darüber eine Compresse von hydrophilem Stoff gelegt. Auf dieselbe wird ein das Geschwür reichlich bedeckender, eine möglichst ebene Grundfläche besitzender Schwamm gelegt. Derselbe wird vorher durch Einlegen in warmes Wasser zur Aufquellung gebracht, und, wenn diese geschehen ist, vollständig ausgedrückt. Ist das Geschwür flach oder ist die Granulationsbildung schon im Gange, so ist ein hydropathischer Umschlag, z. B. von essigsaurer Thonerde, direct auf das Geschwür mehr zu empfehlen. Nachdem nun das Geschwür, je nach seiner Beschaffenheit, mit einer geeigneten Bedeckung versehen und auf letztere der gut ausgedrückte Schwamm applicirt ist, wird die Extremität in bekannter Weise, von den Zehen angefangen, mittelst einer widerstandsfähigen Binde bis zur Kniekehle eingewickelt.“ Bei dieser Behandlung werden die Ränder weicher, die darüber gelegte Jodoformgaze oder der darüber gelegte hydropathische Verband erweisen sich als ausserordentlich durchfeuchtet und unter demselben ist die Granulationsentwicklung in erfreulichster Weise fortgeschritten. Die Compression ist hier nicht vermittelst gewaltsamer Constriction, sondern mittelst der viele Stunden lang unausgesetzt wirkenden Elasticität des aufgeweichten Schwammes bewirkt. Wo die Starrheit der Ränder auch dem permanenten elastischen Druck des Schwammes widersteht, übt Verf. nebenbei noch mit Erfolg die Massage der Ränder aus, und zwar vermittelst einer kleinen Rolle ähnlich der bei der elektrischen Massage üblichen. Beide Verfahren combinirt, liefern bei torpiden Geschwüren geradezu überraschende Resultate. Ist das Geschwür erethisch, dann wird auch die Schwammcompression nicht ohne Weiteres vertragen, und Verf. verfährt dann so, dass er auf die schmerzhaften Geschwürsränder bei der Einwicklung der Extre-



mität keine möglichst feste Compression ausübt, sondern die Zirkeltouren unterhalb und oberhalb des Geschwüres endigen lässt.

Entfernt man am nächsten Tage den Verband, so ist im Bereiche der unteren und oberen Zirkeltouren alles Oedem geschwunden, der mittlere Abschnitt aber tritt ganz besonders hervor. Beim nächsten Verband legt man nun die abschliessenden Zirkeltouren des unteren Verbandes ein wenig höher, und ebenso beginnt man mit der Zirkeltour des oberen Verbandes ein wenig tiefer. Durch vorsichtiges Fortsetzen dieser Methode gelingt es allmälig, bis an die Ränder des Geschwürs mit den Verbänden zu kommen, worauf dann eine vorsichtige Compression des Geschwürs mittelst eines Schwammes beginnt, durch welche es allmälig gelingt, auch aus der Umgebung des Geschwürs das letzte Oedem zu verdrängen.

Sehr schwierig ist die Behandlung der unterhalb der Malleolen sitzenden Geschwüre, da eine grosse Geschicklichkeit dazu gehört, diese Gegend durch Bindetouren sicher und fest zu umwickeln. Verf. bedient sich hier der von ihm sogenannten Steigbügelbandage und erzielt damit einen absolut festen Sitz der Bindetouren. Dieselbe wird nach Art eines Steigbügels um die Fusssohle herum angelegt und besteht aus einer mit Freilassung des die Fusssohle bedeckenden Theiles gepolsterten Strippe. Dicht unterhalb der beiden Malleolen ist je ein grösserer Haken befestigt, circa $2^1/_2$ Cm. oberhalb der Malleolen weitere zwei bis drei kleinere Haken. An diesen sollen die Binden ihren Halt bekommen. Massirrolle, sowie Steigbügelbandage sind vom Bandagisten Härtel in Breslau, Weidenstrasse 33, zu beziehen. Bei der Bandage ist es erforderlich, die Entfernung der Malleolen von einander, eventuell auch die Anzahl der gewünschten Haken (2 oder 3) oberhalb der Malleolen anzugeben. *O. R.*

Gerichtliche Medicin, Criminal-Anthropologie, Toxikologie.

73. ***Ueber die Ohren bei Verbrechern.*** *Von Hans Daae, Christiania. (Norsk Magazin. 1893, 8, pag. 825.)*

Zu den „Stigmata hereditatis" hat *Lombroso* (1871) auch Anomalien des Ohrknorpels gezählt. und später hat *Eyle* sogar einen Typus für das „Verbrecherohr" aufgestellt. Noch spätere Untersuchungen scheinen zu ergeben, dass gewisse Anomalien bei Verbrechern und Geisteskranken häufiger sind als bei normalen Menschen. Genaue Messungen liegen indess erst in der neuesten Studie vom Verf. vor, der dieselben an 252 Ohren von 15 bis 70jährigen Verbrechern und besonders von rückfälligen Insassen des Correctionshauses von Christiania ausführte. Hierbei gelangt er zu den folgenden Ergebnissen: Die von *Schwalbe* gefundene Thatsache, dass die Länge, Breite und Basis mit dem Alter zunehmen. ist richtig. Vor Allem gilt dies für die Länge, die Masse sind jedoch kleiner für die Zeit von 20—30 Jahren als von und nach dieser Zeit. Bis zum Alter von 30—40 Jahren stimmt das



Verhältniss zwischen dem Längenmaximum und dem Körperwuchse. von da ab findet eine Zunahme statt. Im Mittel sind Länge, Breite und Basis des äusseren Ohres bei norwegischen Verbrechern kleiner als bei deutschen Nichtverbrechern. Noch kleiner ist das Ohr der Lappen. Der anthropologisch wichtige morphologische Index ist derselbe bei Verbrechern und Nichtverbrechern und ein typisches Verbrecherohr existirt nicht. *Husemann.*

74. ***Ueber die Erhaltung des Hymens vom medicinisch-forensischen Standpunkte.*** *Sitzung d. Gesellschaft f. forensische Med. in Paris. 1893. Juli. (Deutsche Med.-Ztg. 1893.)*

Die im Titel genannte Angelegenheit wurde auf Anregung von *Motet* discutirt, der folgenden, den Gerichten zur Entscheidung vorgelegten Fall zur Kenntniss brachte. Es handelte sich um eine Frau, die nach 18monatlicher Ehe sich zum zweiten Male verheiratet hatte. Nach acht Monaten ehelichen Zusammenlebens mit dem zweiten Manne entschloss sie sich wegen Vernachlässigung der ehelichen Pflichten seitens des Mannes auf Scheidung zu klagen. Die medicinischen Sachverständigen zeigten in der That. dass die Frau nicht deflorirt war. Die Behörde verwarf jedoch die Scheidung, weil die präsumptive Jungfrauenschaft nicht massgebend war in Anbetracht dessen, dass Klägerin bereits zum zweiten Male verheiratet gewesen, und da andererseits kein Beweis vorlag, dass der Beklagte sich von der Frau ferngehalten habe. Man kann angesichts dieses Processes fragen, welchen Werth man der Erhaltung des Hymens vom forensischen Standpunkte aus einräumen müsse. *Beauvais* hält das Hymen in gewissen Fällen nicht ausreichend zum Beweise für eine wirkliche Jungfrauenschaft. Beweis hierfür ist ein Fall, wo ein Dienstmädchen von ihrem Herrn schwanger wurde, trotz Erhaltung des Hymens. *Vibert* glaubt, dass es nothwendig sei, dass der Gerichtsarzt sich von der jedesmaligen Resistenz der hymenalen Haut überzeugen müsse, da gewisse Hymen dem eindringenden Penis Widerstand leisten. *Christian* zählt den Zustand des Hymens nur als eines der Elemente auf, aus denen man Folgerungen zu ziehen habe. Es gibt noch andere Erwägungen, die man anzustellen hat, wenn die Frage erörtert werden soll. Auskunft geben noch An- oder Abwesenheit von Ecchymosen, Spuren von Samenflecken, Spermatozoen in der Scheide etc.

75. ***Ueber die Diagnose der rothen Blutkörperchen in alten Blutflecken.*** *Von Dr. **Tamassia**, Padua. (Rivista Ven. di Sc. med. 1893. August. Bd. XIX. — Deutsche med. Wochenschr. 1839. 49.)*

Nach Aufzählung jener Flüssigkeiten, welche die Eigenschaft haben sollen, aus alten Blutspuren die rothen Blutkörperchen in ihrer ursprünglichen Form darzustellen, wie destillirtes Wasser, 30%ige Kalilauge, *Bizzozero's* Flüssigkeit, Oxalsäure, ½%iges Chlornatrium-Cyankali oder Jodkali, 10 Theile auf 100 Wasser *(H. Tamassia)*, stellt sich Verf. die Frage, ob es wirklich möglich sei, nach Maceration alter Blutflecke mit diesen Flüssigkeiten so deutlich die rothen Blutkörperchen zu „reconstruiren“, dass eine forensische Diagnose darauf fussen könne. Bedenkt man nun, dass die chemischen Bestandtheile des Gegenstandes, an welchem die



Blutspur haftet, die Verdunstung, die verschiedenen Temperaturen und endlich nach Untersuchungen von *Ottolenghi* die Fäulnissmikroorganismen eine wesentliche Umgestaltung in der Structur des Stroma der rothen Blutkörperchen herbeiführen, so muss man *Bizzozero* und *Hofmann* beistimmen, wenn sie behaupten, man solle äusserst vorsichtig sein in der Stellung der Diagnose „Blut" oder gar „Menschenblut" nach Auffrischung mit besagten Lösungen. Verf. stellte zur Bekräftigung dieser Ansicht experimentelle Untersuchungen an, aus welchen hervorging, dass die besten Macerationsflüssigkeiten der Reihe nach Cyankalilösung *(Tamassia)*. 30%ige Kalilauge, *Bizzozero's* Flüssigkeit, *Pacini*'sche Lösung, Jodkali sind; er fand in zwei bis drei Jahre alten Blutflecken dunkelgelbe, amorphe, körnige Massen und darunter spärliche, polygonale, dreieckige, oder sternförmige, stark lichtbrechende Körperchen, die man trotz einer entfernten Aehnlichkeit mit Erythrocyten positiv unmöglich als solche hätte deuten können. Grösser war die Zahl dieser blutkörperähnlichen Formen, wenn man in der Weise verfuhr, dass man frisches Menschenblut bei einer Temperatur von 40° C. trocknete und nach 40 Tagen mikroskopisch beobachtete. Um zu erfahren, welcher Antheil an der Bildung dieses Detritus dem Fibrin zukomme, liess Verf. defibrinirtes Kaninchenblut auf Glasplatten trocknen. Er fand in zehn bis zwölf Tage alten Blutflecken nach Zusatz der oben angeführten Flüssigkeiten mikroskopisch rothgelbe Körnchen und nur wenige runde Formen, die wahrscheinlich alten rothen Blutkörperchen entsprachen; in sechs bis sieben Wochen alten Blutspuren nahmen die runden Formen an Zahl ab, der Detritus zu. Verf. gelangt auf Grund dieser Versuche zu der Schlussfolgerung, dass die Auffrischung mit den besagten Lösungen bei drei bis sechs Wochen alten Blutspuren nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf „Blut" im Allgemeinen, bei älteren Flecken aber nicht einmal eine solche zu stellen berechtigt, und dass unter den gerichtsärztlichen Untersuchungsmethoden auf Blutspuren, wie Darstellung der Häminkrystalle und Spectralanalyse, der Auffrischung der Blutflecke mit besagten Lösungen der letzte Rang zukommt.

Literatur.

76. ***Ueber Kinderernährung und Diätetik.*** *Von Doc. Dr.* ***L. Unger****, Wien. Wien und Leipzig 1893, Urban & Schwarzenberg.*

Bevor der Verf. an die Besprechung des oben angegebenen, so allgemein wichtigen Vorwurfes herantritt, schickt derselbe, um einen besseren Einblick in die Frage der Kinderernährung zu erlangen, Betrachtungen voraus, die 1. den allgemeinen Stoffwechselverhältnissen und 2. der Kenntniss der Physiologie der Verdauung des Kindes gewidmet sind. In diesen beiden Abschnitten bespricht der Verf. in bündiger Weise alle jene Momente, die in anatomischer und physiologischer Beziehung bei der Verdauung eine wesentliche Rolle involviren. Nach Erledigung dieser nothwendigen einleitenden Betrachtungen unterwirft der Autor die Kinderernährung einer streng wissen-



schaftlichen, zumeist auf eigener, reicher Erfahrung aufgebauten Besprechung. Zuerst wird die natürliche Ernährung erledigt und die Fragen erörtert: wann soll das Kind angelegt werden? wie oft soll das Kind angelegt werden? wie lange soll dasselbe angelegt bleiben? und wann soll der Säugling entwöhnt werden? Es sind dies so eminent wichtige Fragen, dass deren exacte Beantwortung jeden praktischen Arzt auf das Lebhafteste interessiren dürfte, um so mehr, als nicht ganz einheitliche Ansichten noch vorherrschend sind. Im 2. Abschnitte, welcher der künstlichen Ernährung gewidmet ist, versäumt es der Verf. nicht, in streng objectiver Weise alle jene Ersatzbehelfe einer gewissenhaften Kritik zu unterwerfen, die der künstlichen Ernährung dienen. Die Verwerthung der so zahlreichen Surrogate beleuchtet der Verf. von den Gesichtspunkten der procentischen, der volumetrischen und der physiologischen Methode. Es ist ja selbstredend, dass ein so vielseitig zu beleuchtender Gegenstand nicht ausführlich in einem Referate reproducirt werden kann, und es nur Pflicht der Fachjournale ist, auf die lesenswerthe, belehrende Arbeit hingewiesen zu haben. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

77. ***Lehrbuch der Frauenkrankheiten.*** *Von Dr. Hermann Fehling, ord. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Director der Universitätsfrauenklinik zu Basel. Mit 240 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.*

In der von der Verlagsbuchhandlung Enke herausgegebenen Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker ist die Gynäkologie von Professor *Fehling* bearbeitet und liegt in einem stattlichen Bande von 34 Druckbogen vor. Gerade in jüngster Zeit ist eine Reihe guter Lehrbücher der Frauenkrankheiten erschienen; ich nenne die fünfte Auflage des bekannten *Fritsch*'schen Werkes „Die Krankheiten der Frauen", ferner Prof. *Küstner,* Grundzüge der Gynäkologie, Docent Dr. *Dührssen,* Gynäkologisches Vademecum für Studirende und Aerzte, 3. Auflage, endlich die 3. Auflage der Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten von *A. Martin* — aber trotzdem wird das vorliegende neue Lehrbuch Verf.'s sich, dessen sind wir sicher, einen grossen Leserkreis erobern und jenen hervorragenden Rang einnehmen, den es ebenso in scientifischer, wie in praktischer Beziehung zu beanspruchen berechtigt ist. Die Anlage des Werkes, welches weniger dem Specialisten Anweisungen geben, als den praktischen Arzt über das ihm jetzt doch unentbehrliche Fach der Gynäkologie gründlich belehren will, die eingehende Darstellung des praktisch Wichtigen, wobei die besondere Beachtung der Anatomie und Physiologie des weiblichen Genitale in seinen Beziehungen zu den pathologischen Veränderungen ein hoch anzuschlagender Vorzug vor anderen Lehrbüchern dieses Faches ist, die sehr instructive Berücksichtigung aller einschlägigen Medicationen nicht blos der operativen Methoden, die präcise Indicationsstellung bezüglich der wirklich nothwendigen operativen Eingriffe — Verf. hebt mit Recht hervor, dass „die deutsche Gynäkologie augenblicklich an einem Punkt der operativen Thätigkeit gelangt ist, der viel zu weit geht" — ebenso die lebhafte und eindringliche Vortragsweise, sowie die gut ausgewählten und schon durchgeführten Abbildungen sind Eigenthümlichkeiten dieses Lehrbuches, welche die reiche Erfahrung des hervorragenden Fachmannes ebenso bekunden, wie die meisterhafte Beherrschung des gesammten literarischen Materiales und von der eminenten Lehrgabe des Autors

ein sprechendes Zeugniss ablegen. Wir können nicht daran gehen, den reichen Inhalt zu skizziren und heben nur hervor, dass den speciellen Abschnitten, welche sich mit den Krankheiten der Vulva, des Hymens und der Scheide des Uterus (bei diesem Abschnitte findet die Physiologie und Pathologie der Menstruation, das Climacterium und die Sterilität eine gedrängte Besprechung), der Tuba, Ovarien, des Beckenbindegewebes, sowie der Ligamenta rotunda beschäftigen, die Capitel vorangestellt sind, in denen die gynäkologischen Untersuchungsmethoden klar beleuchtet werden und die allgemeine Therapie mit besonderer Vorliebe des Autors und zum besonderen Nutzen des Lesers eingehender, als dies sonst üblich ist, behandelt wird. Hierbei wird auch der für den Praktiker wichtigen Erörterung bezüglich der Badecuren bei Frauenkrankheiten ein angemessener Raum zugewiesen. Alles in Allem, die gynäkologische Fachliteratur hat in diesem vorzüglichen Werke eine wahre Bereicherung erfahren und jeder Leser — auch der specialistisch Erfahrene — wird aus dem Studium desselben Nutzen und Gewinn ziehen. Prof. ***Kisch.***

78. ***Krankheiten des Darmes.*** *Von Dr. Th. Rosenheim. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.*

Vor uns liegt ein umfangreiches Werk, als zweiter Theil der Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates. Eine mit sehr guten Zeichnungen illustrirte und daher eingehende Abhandlung über die Anatomie des Darmes und die Untersuchungsmethoden am Darm bilden das erste Capitel. Die Inspection des Afters führt zur Angabe und Kritik der nöthigen Instrumente, ebenso die Palpation. Die Percussion (Aufblähung des Darmes) mit Angabe der verschiedenen Percussionsfiguren führt unter bildlicher Darlegung zur genauen Kenntniss der Situation. Durch die Darstellung der Physiologie der Darmverdauung bringt im zweiten Capitel der Verf. das Wissenswerthe in nicht zu knappem Auszuge und gelangt zu der Zusammensetzung der Fäces unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Vom dritten bis fünften Capitel werden die verschiedenen Enteritiden, Typhlitis und Perityphlitis, Pericolitis, Proctitis beschrieben und mit besonderer Rücksicht auf Hämorrhoiden und deren Folgezustände erörtert. Bis zum neunten Capitel werden die Darmverschlüsse, eventuell deren Operationsindicationen dargelegt. Im neunten Capitel wird Diphtherie, Tuberculose und Syphilis des Darmes erörtert, darauf im zehnten Capitel das Ulcus pepticum duodenale. Zu den gelungensten Partien des Buches gehören die Embolie und Thrombose (Darmblutung), wie nicht minder die Abhandlung über den Darmkrebs und die Differentialdiagnose der Abdominaltumoren. Die Neurosen, Protozoen, Platyelmia, Nematoden, Insecten, Berichtigungen, Receptformeln bilden den Inhalt der letzten Capitel des sehr objectiv gehaltenen, in allen Punkten aus eigener Erfahrung unter beständiger Hinweisung auf die einschlägige ältere und neue bis neueste Literatur verfassten Werkes. Der Verf. hat sicher ein gutes Buch geschrieben, welches den praktischen Aerzten warm empfohlen werden kann. —*n.*



Sitzungsberichte.

79. ***Ueber den Werth des mechanischen Reizes in der Hydrotherapie.*** *Von Dr. Sigmund Baum. Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medicinischen Doctoren-collegiums am 13. November 1893. (Mitth. des Wiener med. Collegiums. 1893. 24.)*

Die Hydrotherapie bedient sich bei vielen Proceduren der mechanischen Reize und zeigt deshalb in dieser Richtung mit der Massage sehr vieles Gemeinschaftliche.

Mittelst der mit thermischen Reizen in Combination gebrachten mechanischen Reize sind wir in der Lage:

1. Bei activen Fieberformen die Wärmeentziehung zu einer ebenso ausgiebigen als schonenden zu gestalten, drohenden Collaps zu verhüten, vorhandenen zu bekämpfen, das asthenische Fieber, sowie die Wärmeretention im Froststadium, besonders des Wechselfiebers, zu behandeln.

2. Das kalte Wasser als Tonicum bei Anämie und Chlorose zu benützen.

3. Derivatorisch zu wirken bei Catarrhen und krankhafter habitueller Blutvertheilung.

4. Auf dem Wege der Revulsion und Umstimmung bei rheumatischen Processen, Neuralgien, Ohnmacht, Sopor, bei psychischen Depressionen und bei in bedrohlicher Weise erschwerter Expectoration günstig einzuwirken.

Bei der Abreibung wirkt im ersten Momente der thermische, hierauf der mechanische Reiz. Durch Ersteren wird sowohl direct als auch reflectorisch die Respiration und Herzthätigkeit angeregt. Der primären Haut- und Gefässcontraction folgt alsbald die Erweiterung. Letztere wird durch die Friction wesentlich unterstützt, so dass eine förmliche Ableitung des Blutes von den inneren Organen zu der Körperoberfläche stattfindet. Eine ähnliche derivatorische Wirkung lässt sich durch die Fallbäder, Regenbäder, Sturzbäder und Uebergiessungen erzielen. Nach *Winternitz* besteht die Eigenthümlichkeit dieser Badeformen in der Art und Kraft, mit denen das Wasser den Körper trifft. Der thermische Reiz erneuert sich continuirlich. Dazu gesellt sich noch die eigenthümliche Erschütterung der fallenden Wassermassen. Und eben in der Combination dieser mechanischen mit der thermischen Reizung sind die Ursachen der specifischen Douchewirkung zu suchen.

Beim Halbbade wechselt einerseits durch Zugiessen die Wassertemperatur, andererseits sind die Bewegungen des Patienten sehr massgebend, da zwei in Temperatur und Dauer ganz gleiche Bäder höchst verschiedene Effecte haben, wenn in dem einen eine starke Hautfriction stattfindet, in dem anderen aber nicht.

Bei allen diesen Proceduren wird der thermische Reiz durch Hinzufügung des mechanischen Reizes wesentlich modificirt. Für sich allein kommt jedem als Hautreiz derselbe Effect zu. Doch zur therapeutischen Nutzmachung ist es von Bedeutung, dass während der Wirkungsentfaltung des einen, der andere bereits in Wirksamkeit tritt. Die richtige Verbindung beider kann bei antipyretischen, derivatorischen, tonisirenden, revulsiven und alternirenden Zwecken sehr Vieles leisten.

Bei der H y d r o t h e r a p i e d e s F i e b e r s ist das Halbbad das gebräuchlichste. Hier müssen die Hautgefässe in einer constanten Er-



weiterung gehalten werden, damit das im breiten Strome circulirende Blut die zu rasche Abkühlung nach aussen hintanhält und die Wärmestauung im Inneren verhindert wird. Diese Constanzerhaltung der breiten Blutbahn wird durch den mechanischen Reiz herbeigeführt. Ohne diesen würde Wärmestauung im Inneren, Starre nach aussen auftreten, die Herzthätigkeit wäre erschwert und Collaps zu befürchten. Bei Collaps, Delirien und Sopor müssen die erregendsten und erschütterndsten hydriatischen Massnahmen in Anwendung kommen. Für die Anämie gibt es kein mächtigeres Tonicum als die hydriatische Procedur. Der Kältereiz kräftigt zwar das Herz, entzieht aber Wärme. Es müssen daher auch hier die Bäder mit mechanischen Reizen gepaart sein. Auch die schottische Douche, d. h. warmes und darauffolgendes kaltes Regenbad würde in diesem Falle der Indication genügen. Ebenso leistet viel bei chlorotischen Individuen der kurz andauernde mächtige Kältereiz in Verbindung mit dem kräftigen mechanischen Reize, durch Verbesserung der Blut- und Wärmevertheilung, Hebung der Herzkraft, durch den günstigen Einfluss auf die Locomotion der Lymphe, sowie Anregung der Hautfunction. Dafür sprechen die Untersuchungen *Weirich's*, *Ludwig's* u. A.

Kühle Bäder wirken je nach ihrer Dauer sehr verschieden. In der Dauer von einigen Secunden sind sie ein ausgezeichnetes Stimulans, bei längerer Dauer schädigen sie dagegen durch unerlaubte Wärmeentziehung. Beim Gebrauche solcher Proceduren werden oftmals die die Chloranämie begleitenden Hämorrhagien, die oft jahrelang gedauert haben, einer normalen Menstruation Platz machen. Ebenso ist bei habitueller Neigung zum Abortus diese Procedur gerechtfertigt. In einem solchen Falle fand während eines mehrwöchentlichen Curgebrauches Conception statt. Diarrhoen, deren Ursache in Hyperämie der Unterleibsorgane zu suchen ist, sind ebenfalls auf derivatorischem Wege, hauptsächlich durch Hinzufügung des mechanischen Reizes zum thermischen, zu heilen. Das Gleiche gilt von Lungencatarrhen und Herzfehlern. Bei Catarrhen bedienen wir uns auch der Einpackung. Bei dieser ist es blos der thermische Reiz, welcher die Erweiterung der Hautgefässe herbeiführt. Die primäre Kälte ruft die Contraction, die secundäre Wärme die Erschlaffung der Blutgefässe in der Haut hervor. Es wirkt hier also der Contrast differenter Temperaturen. Bei der Abreibung besorgt dies die Combination thermischer mit mechanischen Reizen, doch ist der Reizempfänglichkeit des Individuums und den durch die Krankheitsform bedingten Erregungszuständen Rechnung zu tragen. Ob nun die eine oder die andere derivatorische Procedur vorzuziehen sei, hängt sowohl von der individuellen Beschaffenheit, als auch von der Krankheitsphase ab. Dort, wo wir die Innervation angehen wollen, werden wir daher vorwiegend mechanische Reize anwenden. Deshalb sind bei rheumatischen Schmerzen, bei denen thermische Noxen eine Gefässcontraction im Muskel hervorgerufen haben, anstatt Einpackungen kräftige Abreibung oft besser. Auf diesem Wege der Revulsion ist man auch im Stande, schwere Anginen erfolgreich zu behandeln, und zwar mittelst mehreren rasch nach einander applicirten nasskalten Abreibungen.

Wir besitzen daher in der Combination des thermischen mit dem mechanischen Reize ein vielseitiges Heilagens, doch muss der mechanische Reiz auch richtig dosirt werden.



Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Bum, Dr. Anton, und *Schnirer, Dr. M. T.,* Redacteure der „Wiener Med. Presse". Diagnostisches Lexikon für praktische Aerzte. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner herausgegeben. Mit 203 Illustrationen im Holzschnitt. II. Band: Epididymitis—Lebersyphilis. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

Gad, Dr. Johannes, a. o. Professor der Physiologie an der Universität Berlin. Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik (Anatomie, Physiologie, Histologie, pathologische Anatomie, allgemeine Pathologie, Bakteriologie, physiologische Psychologie, medicinische Chemie, Physik und Zoologie). Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner herausgegeben. I. Band: A—Entwicklungskrankheiten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

Gerhardt, Dr. C., Professor der Medicin und geh. Med.-Rath in Berlin. Handbuch der Kinderkrankheiten. Nachtrag III. Mit 4 Abbildungen.

Hovorka, Dr. Oskar, Edler v. Zderas, Prosector am k. k. anatomischen Institut zu Wien. Die äussere Nase. Eine anatomisch-anthropologische Studie. Wien, Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

Jessner, Dr. S., Königsberg in Preussen. Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Basis. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1893.

Krakauer, Dr. med. J., in Wien. Die Functionsstörungen der Circulationsorgane und deren Behandlung mit vorzüglicher Berücksichtigung englischer Quellen. Neuwied und Berlin, Heuser's Verlag, 1893.

Näcke, Dr. med. Paul, Arzt an der Irrenanstalt zu Hubertusburg (Sachsen), Ehrenmitglied der belgischen Gesellschaft für Psychiatrie. Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe, mit Ausblicken auf die Criminal-Anthropologie überhaupt. Klinisch-statistische, anthropologisch-biologische und craniologische Untersuchungen. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, 1894.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

80. *Ueber Magensaftfluss.*

*Von Dr. **J. Bergmann**, Worms.*

(Allg. med. Central-Ztg. 1893. 96.)

Die Erkrankung, mit welcher der Magensaftfluss gewöhnlich zusammengeworfen und verwechselt wurde, ist die sogenannte Hyperchlorhydrie, Hyperacidität, die übermässige Salzsäureabscheidung oder die Gastroxynsis. Diese letztere ist eine secretorische Functionsanomalie des Magens und besteht darin, dass der Magen zu viel Salzsäure absondert; jedoch geschieht die Ansammlung von Salzsäure bei Gastroxynsis nur während der Verdauungsperiode; es bedarf immer erst des Reizes der Ingesta, um im Mageninneren eine Salzsäureansammlung mit allen ihren unangenehmen Beschwerden hervorzurufen. Bei dem Magensaftfluss befindet sich der Magen nicht blos während der Periode der Verdauung, sondern auch im nüchternen Zustande in voller secretorischer Thätigkeit.

Normaler Weise ist der nüchterne Magen, d. h. ein solcher, welcher sich seines Speiseinhaltes völlig entledigt hat, vollkommen leer, höchstens lassen sich durch die Sonde einige wenige Gramm Magensaft entleeren, und auch diese sind nur auf Rechnung des Reizes zu setzen, welcher durch die Einführung der Sonde hervorgebracht wird. Beim Saftfluss dagegen ist der Magen noch viele Stunden, nachdem er bereits seinen Speisebrei in den Darm transportirt hat, mit Flüssigkeit angefüllt, ein Beweis, dass er nicht nur während der Verdauung, sondern fortwährend Saft secernirt; es hat deshalb *Riegel* diesen Zustand treffend als chronische continuirliche Magensaftsecretion gekennzeichnet.

Eine Magenschleimhaut, welche sich in einem derartigen Reizzustande befindet, dass sie unaufhörlich und spontan sauren Saft absondert, muss natürlich durch den Reiz der Ingesta zu noch erhöhter Function angespornt werden, und in der That zeigt denn auch der Mageninhalt einige Zeit nach der Nahrungsaufnahme abnorm hohe Concentrationsgrade an Salzsäure. Es treten deshalb während der Digestion Symptome auf, welche ganz mit den bekannten Beschwerden der Hyperchlorhydrie zusammenfallen, d. h. es zeigt sich reichlicher Speichelfluss, Sodbrennen, Uebelkeit und Schmerzen im Epigastrium, welche stets einen krampfartigen Charakter haben und oft eine excessive Höhe erreichen. Dieser Anfall, der gewöhnlich mit Frösteln und Schwindelgefühl einher-

geht, dauert bei manchen Kranken nur einige Minuten, bei anderen stundenlang und schliesst mit dem Erbrechen eines stark sauer riechenden Mageninhaltes. So weit sind die Symptome der Gastroxynsis und des Saftflusses die gleichen, aber es fehlen auch die erheblichen, charakteristischen Unterschiede nicht. Während nämlich bei dem ersteren Leiden der Anfall zugleich mit dem Eintritt des Erbrechens vorüber ist und relativem Wohlbefinden Platz macht, klagt der Kranke, welcher an Saftfluss leidet, auch in der Zeit zwischen den einzelnen Anfällen über ein intensiv bitteres Aufstossen, über üblen Geschmack im Munde und vor Allem — das ist das Bezeichnendste der subjectiven Symptome — über ein fortwährendes Gefühl von Druck und Völle im Magen. Diese subjectiven Anzeichen, so werthvoll sie auch sein können, würden jedoch noch nicht genügen, um die Differentialdiagnose in allen Fällen zu entscheiden, wenn nicht noch ganz untrügliche objective Symptome hinzukämen, aus denen man das Vorhandensein eines Saftflusses mit Sicherheit erschliessen kann.

Zu diesen gehört — die Untersuchung ist am nüchternen Magen vorzunehmen — zunächst der palpatorische Befund. Bei leichten stossenden Bewegungen, welche man mit den auf die Bauchwand aufgesetzten Fingerspitzen in der Regio epigastrica ausführt, hört man ein sehr langes Succussionsgeräusch, welches sich in der ganzen Ausdehnung der Magengegend hervorbringen lässt. Man kann daher die Magengegend palpatorisch mit einer Sicherheit und so grosser Leichtigkeit abgrenzen, wie man es durch die Percussion nur selten vermag. Man beginnt mit der Palpation in der Unterbauchgegend und hat da, wo man von unten nach oben langsam weiter tastend zuerst auf das schwappende Geräusch trifft, die untere Magengrenze festgestellt. Es zeigt sich dabei in Fällen von vieljährigem Bestehen der Krankheit, dass man es mit einer Ectasie des Magens zu thun hat. Diese Erweiterung des Organs muss ganz erklärlich, ja sogar unvermeidlich erscheinen, wenn man bedenkt, dass in Folge des continuirlichen Saftflusses sich der Magen, auch wenn er völlig nüchtern ist, in permanentem Füllungszustande befindet; durch den dauernden Druck, welcher somit auf die Magenwände ausgeübt wird, kommt es natürlich zu einer allmäligen Erschlaffung derselben, zu einem Nachgeben der atonisch gewordenen Muscularis und zuletzt zu einer ausgebildeten Erweiterung des Magens, zur Ectasie. Zu den bisher genannten Symptomen, dem Succussionsgeräusch und der Ectasie, kommt noch die Beschaffenheit der erbrochenen Massen hinzu. Bei nüchternem Magen entleert sich eine beträchtliche Menge, etwa $^1/_4$ Liter, oft aber mehr als das Doppelte einer trüben, gelblichen Flüssigkeit; war aber der Magen noch mit Speiseresten angefüllt, so fallen unter den erbrochenen Massen unverdaute Semmel- und Kartoffelstücke ganz besonders auf. Diese mangelhafte oder sogar ganz ausbleibende Bewältigung der Amylacea ist für Saftfluss höchst charakteristisch; denn das Ptyalin vermag nur in alkalischer und schwachsaurer Lösung zu wirken und wird durch den abnorm sauren Magensaft an der Zersetzung der Amylacea verhindert.

Nach dem Gesagten kann die Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten machen. Die subjectiven Symptome der Kranken,



besonders das dauernde Druckgefühl im Magen, das Sodbrennen, der üble Geschmack, das charakteristische Aussehen des Erbrochenen, die Steigerung der Beschwerden während der Verdauung, dies Alles zusammengehalten mit dem Ergebniss der Palpation, nämlich dem Plätschergeräusch und der Ectasie, führen meist schon auf das Richtige hin und lassen kaum noch einen Zweifel an der Diagnose übrig; dieselbe kann dann noch zur völligen Gewissheit durch die Untersuchung mit der Sonde erhoben werden.

Die Sondirung hat in diesem Falle die Aufgabe, nachzuweisen, dass der Magen nach völliger Entleerung von allem Speisebrei sich spontan von Neuem mit flüssigem Inhalt anfüllt. Man nimmt nach *Riegel* Abends nach dem Nachtessen des Patienten eine Ausheberung und gründliche Ausspülung des Magens vor, um am nächsten Morgen vor dem Frühstück die Sonde einzuführen. Normaler Weise darf sich jetzt durch die Sonde nichts entleeren, während sich bei Magensaftfluss eine bald grössere, bald geringere Menge Magensaft, 100 bis 600 Grm., herauspressen lässt.

Die Prognose ist bei Anwendung einer rationellen Therapie nicht ungünstig zu stellen. Bei langer Dauer des Leidens, welches sich Jahrzehnte lang hinziehen kann, macht sich ein überaus schädlicher Einfluss auf das Allgemeinbefinden und den Kräftezustand geltend. Die Ernährung wird so sehr beeinträchtigt, dass das Aussehen mancher Patienten lebhaft an Krebskranke im cachectischen Stadium erinnert. Getrübt wird die Prognose durch die gar nicht seltene Complication mit Magengeschwür, dessen Entstehung ja bei der fortwährenden Einwirkung übersauren Magensaftes auf die Schleimhaut keiner weiteren Erklärung bedarf. Das Leiden ist fast immer von einer deutlich hervortretenden Gemüthsdepression begleitet.

Die Therapie dieser Krankheit sieht sich vor die Aufgabe gestellt, vor Allem die Ursache der übermässigen Saftsecretion zu beseitigen, d. h. die übermässig reichliche Function der Magendrüsen einzuschränken, zu reguliren. Leider jedoch besitzen wir kein Mittel, um dieser causalen Indication Genüge zu leisten, und so bleibt denn nur übrig, symptomatisch zu behandeln und die Folgen des Saftflusses nach bester Möglichkeit zu paralysiren. In erster Reihe kommt hier die Diät in Betracht. Dieselbe muss vor Allem berücksichtigen, dass der übersaure Magensaft zur Verdauung von Amylaceis sehr ungeeignet ist, und es ist demnach der Genuss von Brot, Kartoffeln, Mehlspeisen auf's Aeusserste einzuschränken, während die Albuminate zu bevorzugen sind; besonders zuträglich ist fettloses derbes Fleisch, Wild, Geflügel, hartgesottene Eier. Gegen Milch verhalten sich die Patienten sehr ungleichmässig. Von den Einen ausgezeichnet vertragen, wird sie von Anderen perhorrescirt. Eine zweite Forderung für die Therapie besteht darin, den Magensaft seiner scharfen Säure zu berauben und somit seinen deletären Einfluss auf die Schleimhaut aufzuheben. Man lässt zu diesem Zwecke alkalische Wässer brauchen, von denen sich das Carlsbader Wasser einer besonderen Beliebtheit erfreut; auch Salze, wie Natrium bicarbonicum, Magnesia usta und andere, werden genommen, jedoch mit mehr Ausdauer als Erfolg. Endlich ergibt sich noch eine weitere Indication aus der bestehenden Ectasie



des Magens. Die atonische Musculatur desselben transportirt nur einen Theil des Speisebreies durch den Pylorus und behält den Rest abnorm lange zurück, so dass in demselben, noch begünstigt durch die mangelhafte Digestionskraft des secernirten Magensaftes, nur allzu leicht Gährungen und Zersetzungen schädlichster Art auftreten. Hier tritt als souveränes Mittel die Magenauswaschung in ihre Rechte. Der Erfolg derselben zeigt sich oft auf der Stelle und ist ein geradezu frappanter. Der soeben noch sehr deprimirte Patient fühlt sich mit einem Male erleichtert, das Gefühl der Völle hat sich verloren, der Geschmack ist ein besserer, es ist Appetit da, und schon glaubt er sich dauernd von allen Beschwerden befreit. Diese Auswaschungen müssen längere Zeit, wenigstens 4 Wochen hindurch, täglich vorgenommen werden, und zwar am besten Morgens vor dem Frühstück. Zweckmässig ist es, dem Spülwasser Natrium bicarbonicum bis zu 5% der Lösung zuzusetzen.

Der Behandlung als solcher kann für diese Restitutio ad integrum keine ursächliche Bedeutung, sondern höchstens eine unterstützende Wirkung zuerkannt werden; denn keines der angewandten Mittel ist im Stande, den Grund des Uebels, die krankhafte Function der Magendrüsen, zu beeinflussen. Diese letztere wird übrigens von fast allen Autoren auf nervösen Ursprung zurückgeführt und die Krankheit als eine Vasoneurose der Magenschleimhaut betrachtet. Beweisend für die Richtigkeit dieser Annahme sind solche Fälle, in denen es gelingt, durch rein psychische Behandlung Heilung herbeizuführen. Verf. selbst hat einen Fall, in welchem die Anwendung der Sonde und somit auch die Auswaschungen contraindicirt waren, durch Hypnosuggestion zu völliger und definitiver Heilung gebracht. Dr. *Hertzka*, Carlsbad.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

81. ***Abnorme Sensibilität bei Diabetes mellitus.*** *Von Vorgely. (Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1893. 22. — Med. News. Nr. 1086.)*

Verf. untersuchte viele Fälle von Diabetes mellitus und fand mannigfache Formen von Sensibilitätsabnormitäten. Es werden sechs Fälle angeführt. Bei diesen fand man abnorme Sensibilität der peripheren Nerven sehr häufig, ebenso sehr häufig Abnormitäten des Schmerz- und Temperatursinnes. In einigen Fällen zeigte sich eine Thermodysästhesie, eine Thermohyperästhesie, Thermoanästhesie und eine Verlangsamung des Temperatursinnes bei sonst normaler Sensibilität. In einem Falle bestand absolute Analgesie und Thermoanästhesie. Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

82. ***Diabetes mellitus bei einem Kinde.*** *Von Tavaria. (Indian med. chir. Review. Vol. I. 7. — Med. News. Nr. 1085.)*

Verf. berichtet über einen Fall, betreffend ein 10 Monate altes Kind, das in Folge eines Falles aus der Wiege an Diabetes erkrankte. Das Kind schlief des Nachts nicht und schrie ohne Unterlass. Ohrschmerzen wurden angenommen, es bestand aber kein Ausfluss. Die Temperatur stieg bis 103° F. mit kleinen Remissionen. Das Kind urinirte zwei- bis dreimal in einer Stunde. Die Harnmenge war gross, wurde aber nicht gemessen. Fliegen



sammelten sich in Schwärmen auf den vom Harne befeuchteten Tüchern. Das Kind schrie ununterbrochen nach einem Trunke und verschlang grosse Mengen verdünnter Kuhmilch und nahm nebenbei noch die Mutterbrust. Im Urin konnte man mit Sicherheit Zucker nachweisen. Das specifische Gewicht wurde nicht fixirt. Nach einwöchentlicher Dauer der Krankheit war das Kind sehr geschwächt, aber nicht abgemagert, zwei Wochen nach dem Sturze erlag das Kind rasch einer hinzugetretenen Pneumonie. Es wurde nur mit Muttermilch und verdünnter, nicht abgeschöpfter Kuhmilch gefüttert. Das Alter des Patienten und das Fehlen einer anderen Ursache lassen bei diesem Falle einen nervösen Ursprung der Glycosurie annehmen. Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

83. ***Lebercirrhose bei einem Kinde.*** *Von Dr.* ***Espine.*** *(La méd. moderne. 1893. 63. — Med. News. 1893. 1085.)*

Verf. berichtete beim letzten Congresse der französischen Gesellschaft für die Fortschritte der Wissenschaft über einen Fall, betreffend einen $7^1/_2$ Jahre alten Knaben, der früher immer gesund war bis zum Beginne seiner Lebererkrankung. Die Leber reichte zwei Finger unterhalb des Nabels. Die Milz war vergrössert, im Bauchraume beträchtlicher Ascites, die Hautvenen an der vorderen Bauchwand stark dilatirt. Im Verlaufe der Krankheit wurde 36mal (!) eine Punction des Ascites vorgenommen. Kaliumjodid innerlich ohne Erfolg versucht. Es bestand kein Fieber, nur in den letzten sechs Lebensmonaten leichte Temperatursteigerungen. Keine Albuminurie, kein Icterus. Nach dreijähriger Krankheitsdauer trat der Exitus letalis ein. Man fand bei der Obduction eine intensive Hepatitis interstitialis; die linke Pleurahöhle war obliterirt, während die rechte ein beträchtliches Transsudat aufwies, die Pericardialhöhle war auch obliterirt, der Magen mit der Leber verwachsen. Man fand in der Bauchhöhle neben Ascites Zeichen einer chronischen sclerosirenden Peritonitis, eine Perihepatitis und Perisplenitis. Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

84. ***Ueber die Ursachen und frühzeitige Erkennung chronischer Nierenerkrankungen.*** *Von Prof.* ***Penzoldt.*** *Vortrag bei der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.*

Nach Verf. sind die Ursachen chronischer Nierenkrankheiten kleine, aber langanhaltende Schädlichkeiten (Alkohol). In der Frühjahrszeit kommen sehr viele Albuminurien vor, die auf den Rettiggenuss zurückzuführen sind, nach Aufhören desselben wieder verschwinden. Bei 41 Personen waren in 14% hyaline und Epithelialcylinder nachweisbar, weisse Blutkörperchen kamen noch häufiger vor. Die Anstrengungen allein hält Verf. nicht für Ursache der Albuminurie, sondern meistens den Alkohol. Unsere Nahrungs- und Genussmittel sind meistens solche Schädlichkeiten. Nach reichlichem Genuss von Spargel (100—120 Stück) wurden im Urin Blasenepithelien und Leucocyten gefunden, kein Albumen. Dasselbe fand sich bei Rettig (5 Stück), grünem Thee (3 Liter), Kaffee (3 Liter), englischem Senf. Diagnostisch sind diese Befunde nicht so ohne Weiteres zu verwerthen. Wenn man in einem Falle eine grössere Zahl von Formbestandtheilen findet und diese Bestandtheile trotz strenger Diät persistent sieht, so kann man auf



chronische Veränderungen schon schliessen. Zur Stellung der Diagnose ist die Centrifuge nöthig.

85. ***Ueber die Definition der Entartungsreaction.*** *Von **E. Remak**, Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 46.)*

Die Bedeutung der von *Erb* 1872 eingeführten Bezeichnung „Entartungsreaction" (Ea R) hat seit jener Zeit solche Wandlungen erfahren, dass dem Verf. die Besprechung ihrer Definition begründet erscheint. Er fasst die derzeitige Definition der Entartungsreaction in folgenden Sätzen zusammen: 1. Beweisend für Muskelentartung ist nur der wiederholte Nachweis der galvanomusculären Ea R (bei directer Reizung). 2. Als ihr sicheres Kriterium kann nicht die Umkehr der Zuckungsformel, sondern nur die Zuckungsträgheit gelten. 3. Die ältere Anschauung, dass das differente Verhalten entarteter Muskeln gegen galvanische und faradische Reizungen von der grösseren Dauer der ersteren abhängt, ist nicht mehr haltbar. Vielmehr scheint die histologische (und chemische) Degeneration des Muskels seinen Contractionsmechanismus derart zu verändern, dass, je stärker seine Entartung ist, er desto mehr träge auf jede Form des elektrischen Einzelreizes reagirt, und desto stärker die Erschöpfbarkeit dieser Reaction bei wiederholten Reizen wird. 4. Zuckungsträgheit bei directer faradischer und franklinischer Reizung darf nur dann als Ea R angesprochen werden, wenn diese gleichzeitig bei directer galvanischer Reizung nachweisbar ist.

86. ***Ein Beitrag zur Aetiologie der Trigeminusneuralgie.*** *Von Dr. **H. Boennecken**, Privatdocent in Bonn. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 44.)*

Bei einer grossen Anzahl von Gesichtsneuralgien kann man selbst nach gründlichster Untersuchung des Falles ein ätiologisches Moment nicht erbringen. Wahrscheinlich nehmen viele dieser ätiologisch dunklen Fälle von Trigeminusneuralgie ihren Ausgang von einem der Untersuchung nicht oder nur schwer zugänglichen Erkrankungsherde an der Peripherie des Nerven und es ist bekannt, dass Trigeminusneuralgien, die eine Zeit lang jeder Behandlung getrotzt hatten, nach Entfernung einer anscheinend geringfügigen Schädlichkeit Heilung fanden. Eine grosse Rolle in dieser Beziehung spielen gewisse pathologische Zustände der Zahnpulpa, deren Diagnose dadurch in hohem Grade erschwert wird, dass sich dieselben in äusserlich ganz gesunden Zähnen abspielen. In solchen Fällen handelt es sich nach Verf. um eine Stauungshyperämie der Pulpa, die dadurch zu Stande kommt, dass bei einem stärkeren Trauma, etwa dem Knacken einer Nuss, der Zahn eine seitliche Bewegung ausführt, bei der das abführende Blutgefäss an der Wurzelspitze eine Knickung oder Torsion erfährt, während das starkwandigere zuführende Gefäss das Trauma übersteht. Es kommt dann in dem von starren Wänden umschlossenen Cavum dentis zu Stauungserscheinungen analog den Vorgängen bei der incarcerirten Hernie. Diagnostisch wichtig ist bei diesem keineswegs seltenen Zustand die gesteigerte Empfindlichkeit des Zahnes gegen Wärme, während Kälte schmerzlindernd ist, indem sie eine Verengerung der Gefässe und dadurch eine Verminderung des Druckes auf die Nervenfasern der Pulpa bewirkt. Eine weitere Erkrankung der

Zahnpulpa in äusserlich gesunden Zähnen wird hervorgerufen durch Ablagerung von neugebildetem Dentingewebe oder von Kalkconcrementen in das Parenchym der Pulpa. Die Pulpenconcremente können Reizerscheinungen durch Druck auf die Nervenfasern der Pulpa ausüben. Der Schmerz wird von den Patienten als umherziehend, bohrend, schwer localisirbar geschildert; später kommt es zu ausgesprochenen neuralgischen Anfällen mit Reflexzuckungen, Druckpunkten und allen charakteristischen Erscheinungen der Neuralgie. Mit dem Wachsthum der Concremente tritt Empfindlichkeit des Zahnes gegen differente Temperaturen und Reizung des Wurzelperiostes auf. Von grossem diagnostischen Werthe ist die Transparenz des Zahnes. Dieselbe wird mittelst elektrischer Durchleuchtung in der Weise untersucht, dass man im dunklen Raume hinter die Zahnreihen ein kleines starkes Glühlicht mit Spiegelreflector hält. Zähne mit gesunder lebender Pulpa erhalten hierdurch einen rosarothen Farbenton, der allerdings bei den Molaren älterer Leute kaum noch zu erkennen ist. Zähne mit abgestorbener oder zerfetzter Pulpa bleiben dunkel. Weiter von Bedeutung ist die Prüfung auf Temperaturempfindlichkeit. In einem vom Verf. mitgetheilten Falle reagirte die Pulpa auf kaltes Wasser nicht, die Berührung mit dem erwärmten Sondenknopf aber hatte einen positiven Erfolg, indem dieselbe einen Schmerzanfall hervorrief. Für die Therapie steht in den schweren Fällen nur die Extraction des Zahnes zur Verfügung. Bei rechtzeitiger Diagnose im Anfangsstadium der Concrementbildung kann es gelingen, durch Cauterisation der Pulpa den Zahn zu erhalten. *O. R.*

87. ***Ein Fall von Hautödem durch Nerveneinfluss.*** *Von **Rendu**. (Semaine méd. 1893. 41. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 51.)*

Die Krankheit, welche gegen elf Wochen dauerte, zeigte folgenden Verlauf: Der Mann wurde plötzlich von dumpfen, später heftigen Schmerzen in der linken Seite ergriffen; er klagte über Kopf- und Rückenschmerzen, Uebelbefinden, Verstopfung und etwas Husten, setzte aber seine Arbeit fort; bei Nacht stellte sich leichtes Fieber ein. Nach ungefähr drei Wochen hatte sich an der Basis der linken Brusthälfte eine Dämpfung gebildet. Unter dem linken Schlüsselbeine war der Percussionston tympanitisch, der Fremitus vermindert. Das Herz war nicht dislocirt. Ueber der Scapula war wohl bronchiales Athmen zu hören, aber weder Aegophonie, noch Pectoralfremitus. An der Dämpfungsstelle waren die Athmungstöne schwach, Rasselgeräusche fehlten. An der rechten Seite war an der Basis ein leichtes Rasseln zu vernehmen und eine geringe Verkürzung des Percussionstones. In der Herzgegend hörte man pleuro-pericardiale Reibungsgeräusche. Die Diagnose wurde auf schlaffe Pneumonie secundären Ursprunges gestellt. Das remittirende Fieber mit abendlicher Steigerung dauerte ungeachtet der Verabreichung von Chinin und Derivantien an. Die pleuralen Reibungsgeräusche schwanden, aber die Lungenerscheinungen und die Dyspnoe dauerten an. Die Temperatur blieb leicht erhöht. Das Bronchialathmen reichte von der Scapula bis zur Lungenbasis. Nasse Tücher, über die Brust gelegt, brachten Erleichterung. Schliesslich entwickelte sich plötzlich, ohne erkennbare Ursache, ein Oedem an der Brustwand, an derselben Stelle, wo man das

blasende Geräusch vernommen hatte; dieses Oedem breitete sich bis in die Lendengegend und auf den linken Schenkel aus. Gleichzeitig verschwand das locale Geräusch an der Lunge. Durch Punction wurde die Anwesenheit einer serösen Flüssigkeit festgestellt. Das Oedem breitete sich progressiv über den ganzen Stamm, die Schenkel und Beine aus. Das Herz und der Harn blieben immer normal. Da das Fieber andauerte, die Dyspnoe und das allgemeine Befinden immer schlechter wurden und die Flüssigkeit zunahm, wurde ein Theil durch Punction entfernt. Trockene Schröpfköpfe, Scarification, Digitalis, Purgativa und Milchdiät wurden ohne Erfolg versucht. Endlich schwand das Fieber, doch blieben Abmagerung, Schwäche und das Oedem bestehen und die Anzeichen des Pleuralergusses wurden immer markirter. Das Herz war nicht dislocirt. Auf die Entfernung von sechs Unzen Flüssigkeit folgte eine bedeutende Erleichterung. Nach und nach nahmen die Krankheitserscheinungen ab, die Harnabsonderung wurde immer reichlicher und das Oedem schwand sichtlich; Schlaf und Appetit kehrten zurück und es trat vollkommene Genesung ein. Verf. führt das Oedem auf eine Reflexparalyse der vasomotorischen Nerven der ergriffenen Regionen zurück.

Neuere Arzneimittel.

88. ***Salacetol.*** *Von Prof. Dr.* ***Bourget*** *(Lausanne) und* ***L. Barbey****, Assistenzarzt. (Therap. Monatsh. 1893. December.)*

Das neue Präparat soll alle Vortheile des Salols bieten ohne die diesem durch die Carbolsäure anhaftenden unangenehmen Nebenwirkungen. Während in dem Salol die Salicylsäure an Phenol gebunden ist, ist statt diesem bei Salacetol das Acetol substituirt.

$$C_6H_4 \begin{cases} OH \\ COO \, . \, C_6H_5 \end{cases} \text{ ist Salol,}$$

$$C_6H_4 \begin{cases} OH \\ COO \, . \, CH_2 \, . \, CO \, . \, CH_3. \end{cases} \text{ ist Salacetol}$$

Man stellt das Salacetol durch Erhitzen von Monochloraceton mit salicylsaurem Natron dar; es krystallisirt aus Alkohol oder Ligroin in Schuppen oder feinen glänzenden Nadeln, sehr schwer in kaltem oder heissem Wasser löslich, leicht in heissem Alkohol, Schwefelkohlenstoff, Chloroform etc., schmilzt bei 71° C. und schmeckt etwas bitter. Mit 0·6 %iger Natronlauge geschüttelt, zerfällt es in seine Componenten. Durch seine Zerlegbarkeit in alkalischer Lösung kann es für die Darmdesinfection nutzbar gemacht werden. Eine Viertelstunde nach Einführung von 1 Grm. Salacetol finden sich schon Spuren der Salicylsäure im Harne als Zeichen der stattgehabten Zerlegung des Salacetols im Dünndarm. Gibt man Salacetol in Ricinusöl gelöst, so wird die Elimination durch den Harn wahrscheinlich durch die vermehrte Secretion der alkalischen Verdauungssäfte in Folge des irritirenden Einflusses des Ol. Ricini gesteigert. Der Zustand der Magendilatation scheint



die Resorption des Salacetols nicht zu verlangsamen, dies geschieht aber, wenn eine grosse Menge sehr sauren Magensaftes sich gleichzeitig mit dem Salacetol in den Dünndarm ergiesst, da in diesem Falle der Succus intestinalis den Magensaft erst neutralisiren muss, ehe er auf das Salacetol einwirken kann. 2 Grm. Salacetol werden in 24—36 Stunden vollständig ausgeschieden. Aus einer Salbe mit Vaseline wird das Salacetol von der Haut nicht resorbirt, jedoch wenn Axungia als Vehikel genommen wird, ist $3^1/_2$—4 Stunden nach der Einreibung Salicylsäure im Urin nachweisbar. Die Resorption des Mittels wird begünstigt durch Zusatz von 10% Ol. Terebinth. zu einer derartigen Mischung. Man gelangt zu demselben Resultat durch Auflösen des Salacetol in Chloroform und Incorporirung dieser Lösung in Axungia, der ein wenig Lanolin beigegeben ist. Die therapeutische Anwendung des Salacetols empfiehlt sich bei der Behandlung der Darminfectionen. Bei choleraartigen Diarrhöen erzielten die Verff. damit ausgezeichnete Erfolge. Sie verabfolgen Erwachsenen an den ersten zwei Tagen 2—3 Grm. Salacetol in 20—30 Grm. Ricinusöl. Besteht die Diarrhöe am folgenden Tage unverändert fort, so wird die Dosis wiederholt, und die nächsten Tage werden 2 oder 3·0 Salacetol allein verabreicht. Kleinen Kindern gibt man so viel Decigramme, als sie Jahre zählen. Die Desinfection des Darms ist vollständig vom dritten Tage an. In Fällen von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus hat Salacetol ebenfalls gute Dienste geleistet. Beim acuten Rheumatismus besteht die erste Wirkung einer Dosis von 2 Grm. Salacetol darin, dass die Temperatur fällt und die Schmerzen abnehmen. Im Allgemeinen tritt dies 2 oder 3 Stunden nach der Verabreichung ein. Durch zwei- bis dreimal tägliche Wiederholung von 2 Grm. kann die Temperaturabnahme beibehalten werden. In den meisten der auf der Abtheilung behandelten Fälle traten die Kranken gegen den vierten oder fünften Tag in das Reconvalescenzstadium, nachdem sie durchschnittlich 4, 6 oder 8 Grm. Salacetol in 24 Stunden genommen hatten. Gegenwärtig bedienen sich die Verff. jedoch einer gemischten Behandlungsweise, d. h. auf die erkrankten Gelenke wird eine Salbe von folgender Zusammensetzung applicirt:

Rp. *Acid. salicylic.,*
Olei Terebinth.,
Lanolin aa. 10·0,
Axung. 100·0.

und ausserdem Morgens und Abends 1 Grm. Salacetol gegeben. Diese Behandlungsmethode liefert Verff. ausgezeichnete Resultate. Niemals sind Intoxicationserscheinungen, selbst bei sehr grossen Dosen Salacetol beobachtet worden. Muskelrheumatismus und chronischer Rheumatismus erfahren durch Salacetol eine erhebliche Besserung. Auch noch die Wirkung dieses Mittels bei Gallensteinerkrankung verdient Erwähnung. Hier wirkt in Ricinusöl gelöstes Salacetol sehr günstig. Die Veröffentlichung der bezüglichen Fälle behalten sich die Verff. noch vor. Es wurden in den angedeuteten Fällen 3—4 Wochen hindurch täglich 2 Grm., in Mandelöl oder (besonders im Winter) in Leberthran gelöst, verabreicht. Die Verff. kommen zu dem Schlusse, dass Salacetol in

vortheilhafter Weise alle anderen Salicylpräparate zu ersetzen vermag und dass seine Anwendung besonders in der Kinderpraxis Empfehlung verdient. *Loebisch.*

89. ***Ueber die pharmakologische und therapeutische Wirkung des Malakins.*** *Von Dr. A. Jaquet. Aus der med. Klinik zu Basel. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893.)*

Das Malakin ist ein dem Phenacetin nahe verwandtes Präparat, welches durch die Verbindung von p.-Phenetidin mit Salicylaldehyd unter Wasseraustritt entsteht. Das Malakin (von μαλακός, mild) bildet hellgelbe, feine Nadeln, die bei 92° schmelzen, es ist unlöslich in Wasser, schwer löslich in kaltem, ziemlich in heissem Alkohol. In kohlensauren Alkalien ist es unlöslich, dagegen löst es sich in Natronlauge unter Bildung einer Natronverbindung. Schwache Mineralsäuren, schon 3‰ Salzsäure zersetzen die Substanz unter Bildung von Salicylaldehyd und p.-Phenetidin. An Thierversuchen am Kaninchen fand Verf. 20 Minuten nach der Darreichung die Salicylreaction im Harn. Durch geringe Dosen wurden Kreislauf und Athmung so gut wie nicht beeinflusst. Die nach Hirnstich eintretende Temperatursteigerung wurde prompt herabgesetzt. Da sich aus dem Malakin Salicylaldehyd abspaltet, welches in den Geweben zu Salicylsäure oxydirt wird, wurde auch geprüft, ob dem Mittel eine stärkere Wirksamkeit beim Rheumatismus zukommt. Das Mittel bewährte sich in sämmtlichen 14 Fällen der Klinik *Immermann,* in denen es diesbezüglich untersucht wurde. Es enthält das Malakin ungefähr 50% Salicylaldehid, so dass 4 Grm. Malakin etwas mehr als 2 Grm. Salicylsäure entsprechen. In Dosen von 4·0—6·0 pro die wirkte Malakin bei acutem Gelenksrheumatismus ähnlich dem salicylsauren Natron und Antipyrin specifisch auf den genannten Krankheitsprocess ein, ohne die unangenehmen Nebenwirkungen dieser letzteren Mittel zu zeigen. Als Antipyreticum bei Typhus, Pneumonie und Tuberculose verwendet, zeigte das Mittel in Dosen von 1·0 auf einmal gegeben, fast immer bei fiebernden Menschen einen deutlichen herabsetzenden Einfluss auf die krankhaft gesteigerte Temperatur, insofern ein Absinken derselben während der nächsten 1—2 Stunden um 1—2° C. und ein Niedrigbleiben derselben während weiteren 3—6 Stunden meistentheils zu beobachten war. Besonders beachtenswerth erscheint, dass dieser antipyretische Effect mit keinerlei unangenehmen Nebenwirkungen erkauft werden musste und dass auch das spätere Wiederansteigen der Temperatur allmälig und ohne Schüttelfrost zu Stande kam. Das betreffende Präparat kann in Dosen von 1·0 selbst mehrmals täglich Erwachsenen gegeben werden, wenn die Absicht besteht, die Temperatur zu erniedrigen. Die Einwirkung des Mittels ist eine allmälige, da zur Wirksamkeit desselben die Spaltung durch die Säuren des Magensaftes Vorbedingung ist. Im Darmsaft ist das Mittel unlöslich und dementsprechend nicht resorbirbar. In mehreren Fällen endlich von Kopfschmerz und Neuralgie bewährte sich das neue Präparat auch bezüglich seiner anodynen Wirkung als ein dem Phenacetin ähnliches und demselben nahestehendes Mittel. *Loebisch.*



Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

90. ***Die rectale Applicationsweise der physiologischen Kochsalzlösung bei Verblutenden.*** *Von Dr. Nic. Wasman, Kilce. (Therap. Monatsh. 1893. 9. — Der prakt. Arzt. 1893. 11.)*

Der Verf. schildert die Ergebnisse der im Titel genannten Therapie, die er in 28 Fällen mit Erfolg anwendete. In 27 von diesen Fällen handelte es sich um Geburten und Fehlgeburten. Alle diese Kranken sind gerettet worden. Die Resorption ist bei den Darmeingiessungen eine viel grössere als bei subcutaner Anwendung. Eine ekkoprotische Wirkung hat Verf. von der eingegossenen Wassermenge, welche manchmal bis zu zwei Litern betrug, in keinem Falle beobachtet und glaubt, dass die ganze Flüssigkeitsmenge in höchstens $1^1/_2$ Minuten vollständig resorbirt ist. Bald nach der Darminfusion, und zwar je stärker der Blutverlust, desto rascher trat Schüttelfrost ein, worauf bald die Körpertemperatur anstieg und der Puls sich hob. Der Schüttelfrost und die Hebung des Pulses traten viel schneller und deutlicher ein, wenn die Lösung nicht erwärmt, sondern bei Zimmertemperatur gebraucht wurde. Die Besserung ging viel langsamer vor sich, wenn die Kochsalzlösung auf Körpertemperatur erwärmt wurde. Es hängt dies offenbar mit der reflectorischen Erregung der vasomotorischen Nervencentren zusammen, durch welche eine Contraction der Blutgefässe herbeigeführt wird. In noch auffallender Weise stellt sich die darniederliegende Respiration wieder her. Die Thatsache, dass die Darmeingiessung mit kaltem Wasser vollständig gefahrlos ist, ist für den Arzt von grossem Vortheil, da er hierdurch die Enteroclyse rasch und leicht ausführen kann. Ein anderer Vortheil der Eingiessung kalter Kochsalzlösung liegt in der blutstillenden Wirkung derselben. Während bei der intravenösen Infusion der Kochsalzlösung die Gefahr der übermässigen Verdünnung des Blutes vorhanden ist, wird bei einer Darminfusion nur so viel Flüssigkeit aufgenommen, als der Körper gerade nöthig hat. Die rectale Kochsalzinfusion ist nicht nur nach Genitalblutungen, sondern auch nach Hämorrhagien anderer Organe angezeigt. Nur bei Blutungen im Verlaufe des Abdominaltyphus, sowie überhaupt bei Darmblutungen ist die Darminfusion wegen der Gefahr der Ablösung etwa schon gebildeter Schorfe contraindicirt.

91. ***Behandlung der Actinomycose mit Jodkalium. Heilung.*** *Von Buzzi und Galli Valerio. (Riforma med. 1893. Juli. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 51.)*

Einem kräftigen Landmann, dessen ganze rechte Gesichts- und Halsseite von der Schläfe bis zum Schlüsselbein von Actinomycose ergriffen war, verabreichten die Verff. Jodkalium. Die Krankheit währte schon Monate lang, ehe der Patient unter ihre Behandlung kam, und es waren sowohl Umschläge als Incisionen erfolglos geblieben. Die Diagnose wurde nun durch das Mikroskop auf Actinomycose gestellt und am 9. Januar 1893 mit der Verabreichung von Jod in täglichen Dosen von 2 Grm. be-



gonnen. Das Medicament, welches am vierten und fünften Tage einen leichten Hautausschlag hervorrief, wurde sehr gut vertragen und die Besserung wurde in kürzester Zeit ersichtlich. Die Incisionen, welche früher grosse Mengen gelben Eiters absonderten, begannen jetzt zu heilen, die Schwellung nahm ab und der Kranke konnte den Mund öffnen. Die Schmerzen schwanden und am 5. März konnte der Patient das Spital verlassen. Am 4. April war die Genesung vollständig. Jede Schwellung war geschwunden, die Fistel vollkommen vernarbt und die Haut, mit Ausnahme einer kleinen Stelle, über den früher erkrankten Theilen frei beweglich.

92. ***Zur Behandlung des Soors in der Speiseröhre und im Magen.*** *Von Dr. **Aufrecht**, Oberarzt im Krankenhause zu Magdeburg-Altstadt. (Therap. Monatsh. 1893. August. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 83.)*

Verf. hat vor mehreren Jahren in einer Familie bei zwei Mitgliedern, welche am Abdominaltyphus erkrankt waren, schon in den ersten Tagen dieser Krankheit Soor auftreten sehen, welcher sich von Anfang an bis in die Speiseröhre und den Magen hinein erstreckte; eine der beiden Patientinnen erbrach sogar reichliche Soormassen. In der Ueberzeugung, dass damit eine gefahrdrohende Complication gegeben sei, schritt Verf. zur internen Application eines an und für sich indifferenten Mittels; er gab von einer 3%igen Lösung Natrium biboracicum zweistündlich einen Esslöffel und erzielte damit den Erfolg, dass schon nach wenigen Tagen der Soor vollständig geschwunden war. Seither hat Verf. nur noch einmal im Beginne des Abdominaltyphus Soor auftreten sehen. Die gleiche Medication brachte auch diesen zum Schwinden. Weiterhin hat Verf. das Mittel bei älteren Leuten angewendet, wenn wegen Schlingbeschwerden oder aus der Klage über Brennen im Magen ein Fortschreiten des im Munde sichtbaren Soors zu erschliessen war. Verf. hat von der angegebenen Lösung auch schon stündlich einen Esslöffel nehmen lassen, bis zum vollständigen Nachlass der genannten Beschwerden, welcher nach 1—2 Tagen eintrat. Irgend welche störenden Nebenerscheinungen hat er bei vier- bis fünftägigem Gebrauche nicht gesehen, auch dann nicht, wenn nach ein- bis zweitägigem Aussetzen die Verabfolgung wiederholt wurde.

93. ***Ueber einige therapeutische Verwendungsarten der Belladonna.*** *(Semaine méd. 1893. 65. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 103.)*

Murray wendet Belladonna bei Behandlung von Nierenkoliken, sowie schmerzhaftem Stuhlgang bei Frauen, die an Gebärmutter- und Eierstocksleiden erkrankt waren, ferner beim Darmverschluss, sowie bei Blinddarmentzündungen an und hat damit recht gute Resultate erzielt. Die Anwendung der Belladonna bei diesen Krankheiten ist bekanntlich nicht neu, es ist daher hauptsächlich die Art und Weise, wie *Murray* dasselbe anwandte, erwähnenswerth. Bei Nierenkolik gab *Murray* Tinct. Belladonnae in Dosen von 30—40 Tropfen alle 2 bis 3 Stunden, bis sich leichte Benommenheit einstellte. Die Anwendung des Medicaments bis zum Erscheinen der ersten Intoxicationssymptome ist eine conditio sine qua non, nach deren Eintritt die Erscheinungen



allerdings sofort nachlassen und auch in der Regel die Ausstossung von Concrementen erfolgt. Gegen die Schmerzen, welche die Defäcation bei Frauenleiden begleiten, bedient sich *Murray* mit Erfolg folgender Suppositorien:

Rp. *Unguenti cinerei 0·12,*
Extract. Belladonnae 0·06,
Bismuti subnitrici 0·18.
Butyri Cacao quant. sat. ut fiat suppositorium.
D. Doses 6. Täglich 2 Suppositorien einzuführen.

Wismut wird diesen Suppositorien beigefügt, um die irritirende Wirkung derselben auf den Darmcanal möglichst abzuschwächen. Beim Ileus lässt *Murray* auf das Abdomen eine Compresse von 50 Ccm. legen, welche mit Extract. Belladonnae, dem kleine Quantitäten Vaselin beigemengt sind, getränkt ist. Wenn man nach Verlauf einiger Stunden Symptome von Atropinreizung eintreten sieht, so gibt man eine Eingiessung, welche häufig den Darmverschluss aufhebt. Bei Typhlitis hat sich folgende Behandlungsweise am besten bewährt. Zunächst wird Opium in hohen Dosen gegeben bis zum Ablauf der acuten Krankheitsperiode, wird auch auf der erkrankten Partie eine 20 Cm. lange, 7 Cm. breite Compresse applicirt, welche mit folgender Salbe bestrichen ist:

Rp. *Extracti Belladonnae Kalii jodati aa. 4,*
Unguenti paraffini 30.
DS. Aeusserlich.

Die reizende Wirkung des Jodkali auf die Haut begünstigt die Resorption des innerhalb enthaltenen Extractum Belladonnae. Ausserdem verordnet *Murray* seinen Patienten, in das Rectum alle 6 Zwischenstunden ein Suppositorium einzuführen, in welchem 6 Cgrm. Extractum Belladonnae enthalten sind. Beobachtet man unter der Einwirkung dieser Behandlung die ersten Intoxicationserscheinungen, so wird eine Seifeneingiessung gemacht, die zur Entleerung eines copiösen und den Darmcanal wenig reizenden Stuhles führt.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

94. ***Intrauterines submucöses Myom des Fundus, Zangenoperation wegen Wehenschwäche, künstliche Ablösung der Placenta, in einer Stunde darauf Shock der Wöchnerin, nachher regelmässiger Verlauf des Wochenbettes.*** *Von Dr. Ludwig Váczi, Nagy-Karoly. (Orig.-Mitth.)*

Der folgende Fall möge als Beispiel für die geburtshilfliche Thätigkeit und deren Aufgaben in der Landpraxis dienen. Ich wurde in ein nahes Dorf zu einer Entbindung gerufen, die Frau war 38 Jahre alt, es war ihre zwölfte Entbindung, seit vielen Jahren hat sie ein Myom und zu unbestimmten Zeiten grössere Blutungen; ich fand die Frau beinahe erschöpft von der zu lange Zeit dauernden Geburtsthätigkeit. Der Bauch hatte ein auffallendes Volumen, Hängebauch, es war eine Schieflage des Fruchtschädels während der Untersuchung fühlbar. Laut Angabe der Hebamme war seit über $6^1/_2$ Stunden der Muttermund verstrichen und das Fruchtwasser



abgeflossen. Ich liess die Frau zunächst aus einem engen Locale in ein grösseres Zimmer tragen, um hierdurch vielleicht einen günstigeren Wochenbettverlauf zu erzielen. Nachdem die nothwendige Desinfection stattgefunden hatte, wollte ich die Harnblase entleeren, das war aber unmöglich, weil der Schädel auf dieselbe einen Druck ausübte und mit der Hand nicht verschiebbar war. Die äusseren Schamtheile waren dunkelblau, die Venen stark ausgedehnt und strotzend gefüllt; von dem anhaltenden Druck des grossen Fruchtschädels an den unteren Extemitäten Varicositäten in grossem Masse. Ich musste früher mit der Zange die Schieflage des Kopfes in eine normale umwandeln und dann die Zange, wie es vorgeschrieben ist, anlegen. Ich zog den Schädel mit der grössten Behutsamkeit hinaus, so dass an dem Damme und anderwärts keine Verletzung geschehe. Die Frucht war eine auffallend abnorm grosse von weiblichem Geschlechte, leider hatte ich nicht die Gelegenheit, dieselbe abwägen zu lassen; sie war scheintodt, kam dann durch Belebungsversuche zu sich, hatte eine kräftige Stimme, die Zunge war jedoch dunkelschwarz, das bestätigte auch, dass der gegenseitige Druck abnorm lange Zeit gedauert hatte, und wenig Hoffnung auf eine längere Lebensdauer der Frucht vorhanden war. Bezüglich der Mutter war ich gefasst, dass eine äussere, eventuell auch innere Blutung nachfolgen wird, ich liess den Kopf der operirten Frau horizontal lagern und schwarzen Kaffee bereiten. Es bestätigte sich meine Voraussage. Die Ursachen der Blutung waren ja vorhanden, nämlich: die langdauernde enorme Ausdehnung des Uterus durch die abnorm grosse Frucht und die mächtige Placenta, der Hängebauch, das Myom, endlich der stark angewachsene Mutterkuchen. Es stellte sich nach der Extraction der Frucht eine äussere Blutung ein; da dieselbe immer grösser wurde und der Mutterkuchen durch die üblichen Handgriffe nicht zu entfernen war, entschloss ich mich zur künstlichen Lösung desselben. Eine Stunde nach diesem Eingriffe — da ich es für rathsam hielt, weiter zu bleiben, um den Zustand der Frau zu controliren — bemerkte ich, dass bei der Wöchnerin die Farbe des Gesichtes rasch wechselte, ich griff zum Puls, der war nicht fühlbar, am Herzen keine Töne wahrnehmbar, es war ein Shock, ausserdem eine intrauterine Blutung, in Folge deren die Wöchnerin sicher zu Grunde gegangen wäre, würde nicht sofort ärztliche Hilfe dagewesen sein. Durch den *Credé*'schen Handgriff entleerten sich viele Massen Blutes nach aussen. Durch Bespritzen des Gesichtes mit kaltem Wasser, kalte Umschläge auf den Bauch kam die Frau zum Bewusstsein; schwarzer Kaffee und Rum kräftigten das Herz und den Puls. Ich blieb noch zwei Stunden zurück, verschrieb der Wöchnerin Tinct. nervino-tonica Bestuscheffii, zweistündlich sechs Tropfen und Jodoformpulver zum Bestreuen der äusseren Schamtheile. Das Kind lebte 14 Tage und starb angeblich plötzlich durch Krämpfe. Die Mutter ist schon auf und fühlt sich gut, die Operation hat vor vier Wochen stattgefunden. Ich habe bisher verschiedene und mehrere schwere Zangenoperationen gemacht bei Erst- und Mehrgebärenden, wodurch die Mütter und Früchte lebend geblieben sind, und fühle mich daher berechtigt, aus meiner geburtshilflichen Praxis folgern zu können, dass gerade im Dorfe die Hebammen verpflichtet und bestrebt



seien, besonders wo kein Arzt wohnhaft ist, nicht so lange zu warten wie in der Stadt, sondern der Entfernung gemäss manchmal auch einige Stunden früher die ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, denn bis der Arzt im Dorfe anlangt, das braucht ja Zeit! Im entgegengesetzten Falle wird auch dem geschicktesten Operateur der Erfolg vereitelt, und viele Mütter und Früchte, von denen man mehrere zur gehörigen Zeit hätte retten können, büssen dadurch ihr Leben ein.

95. ***Multiple Steine der Harnblase und der Prostata.*** *Von* **Estes**. *(Lehigh Valley Med. Magazine. Vol. X. 4. — Med. News. Nr. 1079.)*

Ein 25jähriger Farmer litt vor 7 Jahren an einem Harnröhrenausflusse, ohne eine Ursache desselben angeben zu können. Eine venerische Infection ist ausgeschlossen. Kurz darauf bestehen Schmerzen im Penis, etwa ein Zoll hinter der Glans. Der Mann konnte bis vor zwei Jahren seiner Beschäftigung nachgehen. Es bestanden weder Schmerzen, noch Beschwerden beim Harnlassen. Etwa 5 Monate vor der Aufnahme des Patienten im Hospital entstand unter Fieber und starken Schmerzen eine Anschwellung an der linken Seite des Perineum. Man dachte an eine acute Prostatitis. Die drohenden Symptome schwanden nach einem reichlichen Ausflusse von Eiter aus der Urethra. Der Mann verbrachte 4 Wochen zu Bette, war sehr herabgekommen und hatte ein hectisches Aussehen. Das Uriniren schmerzhaft, die Harnmenge wie gewöhnlich, das Uriniren häufiger. Mit der Sonde wurde ein grosser, mehr weicher, unbeweglicher Stein constatirt. Die Prostata erwies sich bei der Rectaluntersuchung als leicht vergrössert weich. Der Mann war schwach, der Puls klein und frequent, es bestand Fieber und Schweiss. Der mittelst Catheter entleerte Harn war trübe und fötid stinkend, die Reaction alkalisch, das specifische Gewicht 1030. Er enthielt kein Eiweiss, keinen Zucker. Im Sedimente Phosphate und wenig Eiter. Die Blase wird täglich mit warmer Borsäurelösung ausgewaschen. Da der Stein gross und fixirt erschien, schritt man zur Cystotomia suprapubica. Bei der Operation fand man nach Eröffnung der Harnblase einen grossen eingekapselten Stein. Mit grossen Schwierigkeiten wird der Stein aus der Blasenwand herausgeschält und entfernt. Man fand hierauf noch einen grossen Stein am Grunde der Blase. Beide Steine waren durch weiches Bindegewebe von einander getrennt. Dieser Stein konnte ohne Gefährdung des Blasentrigonums nicht entfernt werden. Man machte deshalb einen medialen Perinealschnitt; unter grosser Mühe und starker Blutung wurde dann der zweite Stein extrahirt. Der Patient war durch den starken Blutverlust sehr geschwächt. Leichte Fiebersteigerungen und eine kleine Menge Eiters, die an der perinealen Wunde sich zeigte, veranlassten den Operateur, die Wunde zu untersuchen. Man fand in der Nähe des Blasenhalses in einer Höhlung der Prostata einen kleinen harten Stein. Mit der Kornzange wurde dieser entfernt, worauf sich etwa eine Unze Eiters entleerte. Bei näherer Untersuchung wurden noch zwei Steine gefunden und entfernt. Das Fieber sank nun und der Allgemeinzustand besserte sich. Nach einer Woche wurde wieder ein Stein und einige Tage später ein weiterer gefunden und entfernt. Der Mann genas nun

vollkommen. Die sieben entfernten Steine wogen zusammen 1480 Gran. Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

96. ***Ein Fall von totaler Scalpirung, durch Thiersch-sche Hautimplantationen geheilt.*** *Von Sanitätsrath Dr.* ***O. Riegner*** *in Breslau. Vorstellung in der Sitzung der Schlesischen Gesellschaft* ***für*** *vaterländische Cultur vom 17. November 1893. (Centralbl. f. Chir. 1893. 50.)*

Die 16jährige Arbeiterin M. L. wurde auf Verf.'s Abtheilung gebracht. Kurz vorher hatte der Riemen einer Transmissionswelle ihren Haarzopf erfasst und ihr die Kopfhaut total abgerissen. Der Scalp eine halbe Stunde nach ihrer Ueberbringung, in einer Kiste mit Stroh verpackt, nachgebracht. Die Patienten hatte furchtbare Schmerzen, aber keinerlei Shockerscheinungen. Die ganze Schädeloberfläche lag bloss, nur vom Pericranium bedeckt. Es blutete nur wenig aus den Rändern der Risswunde. Vorn verlief dieselbe von der Nasenwurzel aus nach links dicht oberhalb, nach rechts etwas unterhalb der Augenbraune, seitlich jederseits am oberen Rande des Jochbogens, dann dicht über dem Ansatz der Ohrmuscheln zum hinteren unteren Rande des Warzenfortsatzes absteigend, hinten in einer horizontalen Linie, etwa der Höhe der Protub., occipit. ext. entsprechend. An der rechten Seite ging der Riss noch in den Ansatz der Ohrmuschel hinein und hatte dieselbe etwa zur Hälfte durchtrennt. Es wurde sofort in Chloroformnarcose der vordere, obere und seitliche Theil des riesigen Defectes mit aus den Oberschenkeln der Patientin entnommenen *Thiersch*'schen Hautstreifen bedeckt, welche zum Theil eine Länge von 16, eine Breite von 4 Cm. hatten. Der Versuch, Hautstücke aus der rasirten und gereinigten Kopfschwarte zur Implantation zu verwenden, wurde bald wieder aufgegeben, da dieselben wegen ihrer Rigidität sich nicht geeignet erwiesen und schlecht anlegten. Es sind auch nur wenige von ihnen angeheilt. Auf die Bepflanzung des hinteren Defecttheiles verzichtete Verf. zunächst, weil bei der dazu nothwendigen Drehung und Haltung des Kopfes die bereits angesaugten vorderen Hautstücke sich zu verschieben drohten. Zudem wollte Verf. die Narcose, welche bereits über eine Stunde dauerte, nicht noch länger ausdehnen. Die zum Theil abgerissene rechte Ohrmuschel wurde selbstverständlich sofort genäht. Der Verband bestand in einer Schicht Jodoformgaze und darüber gelegtem aseptischen Mull; Antiseptica waren bei der Operation ganz vermieden worden. Der Verlauf war bis auf geringe Temperatursteigerung an den ersten beiden Tagen ungestört, die heftigen Schmerzen hatten bald nachgelassen. Beim ersten Verbandwechsel am 10. Tage zeigte sich der überwiegende Theil der Hautlappen angeheilt. Beim zweiten Verbandwechsel am 18. Tage erfolgte die Bedeckung der noch wund gebliebenen hinteren Schädelpartie nach Abschabung der inzwischen gebildeten Granulationen durch Hautstreifen, welche den Armen der Patientin entnommen wurden. Einzelne kleine wieder defect gewordene Stellen wurden bei Gelegenheit der Verbände wieder auf's Neue bepflanzt. Schliesslich ist es gelungen, dem Mädchen eine ganz neue Kopfhaut zu verschaffen, die Glätte und gute Verschieblichkeit zeigte. Von ihrem Kopfhaar hat sie nur ein Büschel an der linken Schläfe und einen Haarkranz im Nacken zurückbehalten, doch verdeckt sie die Glatze durch eine kunstvoll



gearbeitete Perrücke, deren Form (Tituskopf) sie selbst ausgewählt hat. Seit etwa vier Monaten ist sie wieder in ihrer früheren Fabrik beschäftigt. Besonders bemerkenswerth ist, dass der anfangs natürlich sehr erhebliche und entstellende Niveauunterschied an der Grenze der dicken Gesichts- und Nackenweichtheile einerseits und der neuen, nur aus dünnen Cutisstreifen bestehenden Kopfhaut andererseits sich vollkommen ausgeglichen hat. Bei Prüfung der Sensibilität erweist sich die neugebildete Kopfhaut bis auf eine schmale, an die Risslinie grenzende Zone vollkommen unempfindlich. Die Schmerzempfindung ist nur in dem postauriculären Theil jener Uebergangszone in geringem Grade vorhanden, im Uebrigen fehlt sie ganz. Dieser Fall stellt wohl einen der schönsten Erfolge der *Thiersch*'schen Transplantationsmethode dar. —r.

97. ***Ueber die Wirkung der Salicylsäure auf die Gebärmutter.*** *Von Prof. C. Binz. (Berl. klin. Wochenschr. 1893. 41.)*

Veranlassung zur Bearbeitung dieses Themas war ein Fall in ärztlicher Praxis, wobei die Aufnahme von 5 Grm. Salicylsäure innerhalb einiger Tage einen Abort im dritten Monate der Schwangerschaft bewirkt haben soll. In der Literatur sind Fälle beschrieben worden, bei welchen die Verabreichung von Salicylsäure jedes Mal zur verstärkten Menstruation, zur Metrorrhagie, zur Vermehrung der Lochialausscheidung führte. Auf Veranlassung von Verf. stellte *Heinersdorf* im pharmakologischen Institute zu Bonn experimentelle Untersuchungen an trächtigen Kaninchen und Meerschweinchen an. Nur in 33% aller Versuche traten auf innerliche Darreichung von Salicylsäure Fehlgeburten ein, doch auch in diesen Fällen scheint das Mittel nicht allein massgebend gewesen zu sein, weil gerade zur Zeit der strengeren Kälte die Verwerfungen überwiegend waren, während in der Zeit geringerer Temperaturschwankung die gesunden Würfe vorwiegend waren. Die experimentellen Ergebnisse haben somit nicht zum abschliessenden Urtheile geführt. Verf. meint, dass man vorläufig folgende Schlüsse aus Allem, was vorliegt, ziehen könne: 1. Das salicylsaure Natron ist bei schmerzhafter, verspäteter und ungenügender Menstruation Nichtchlorotischer des Versuches werth. 2. Wenn es aus Gründen von Rheumatismus etc. angezeigt erscheint, so ist es nur mit Vorsicht da zu geben, wo eine Neigung zu Fehl- oder Frühgeburt besteht; das Gleiche gilt natürlich für eine Neigung der nichtschwangeren Gebärmutter zu Blutungen.

98. ***Das Hygrom der Reiter.*** *Von R. le Fort et E. Albert. (Revue de chir. 1893. 7. — Centralbl. f. Chir. 1893. 48.)*

Bei berufsmässigen Reitern finden sich nicht selten im Niveau des medialen Condylus femoris unter der Haut ein oder zwei Schleimbeutel, die sich entzünden können. Die Verff. theilen fünf derartige Beobachtungen von Hygrom derselben ausführlich mit, das sich entweder nach einem während des Reitens die betreffende Gegend treffenden Trauma oder ganz allmälig in Folge des dabei entwickelten chronischen Reizes — bei drei Patienten beiderseits — entwickelte. Die meist ovaläre Geschwulst sass im Niveau des medialen Condylus femoris, manchmal sich ein wenig nach der Tuberositas tibiae hinziehend, ihr Centrum meist ein wenig hinter der Mitte jenes Knochen; bei Bewegungen des Beines kann



sie sich etwas verschieben, besonders bei starker Beugung des Unterschenkels. Zur Untersuchung empfiehlt es sich, dem Beine die Stellung zu geben, die es beim Reiten einnimmt. Communication mit dem Gelenk war nie vorhanden. In differentialdiagnostischer Hinsicht kommen, abgesehen von Hydarthros genu, das Hygrom des unter dem Pes anserinus gelegenen Schleimbeutels, parostale kalte Abscesse, Lipome etc. in Betracht. — Die Behandlung bei gutartiger Affection ist dieselbe wie bei anderen Schleimbeutelhygromen.

99. ***Die sogenannte Fractur des Penis, nebst Mittheilung eines neuen Falles.*** *Von Dr. H. Mende. (Inaug.-Dissert., Greifswald. — Centralbl. f. Chir. 1893. 49.)*

Ein 40jähriger Arbeiter war angeblich am 24. Juli 1891 mit erigirtem Penis im Dunkeln gegen eine Stuhllehne gerannt und fühlte im Penis einen heftigen Schmerz. Wegen Anschwellung und Unmöglichkeit, Urin zu lassen, am anderen Morgen Catheterismus. Es entleerte sich jedoch nur Blut. Daher Aufnahme in die chirurgische Klinik. Penis stark geschwollen, an seinem Symphysenansatz bläulich-schwarz gefärbt. Vorhaut zurückgezogen, schlangen-, resp. s-förmige Krümmung des Gliedes mit nach unten gerichteter Convexität. Haupteinknickung hinter der Glans, wo Fluctuation zu fühlen ist. Das ganze Scrotum sugillirt, Catheterismus gelingt nicht. Daher am 25. Juli Boutonnière mit Einführung und Herausleitung eines Nélaton aus der Dammwunde. Darauf folgend Abschwellung des Penis. Am 30. Juli Spaltung im vorderen Theile des Penis, wo sich die Harnröhre quer durchrissen zeigt. Am 7. August Anfrischung und Naht derselben. Am 27. August Entlassung bei noch offener Boutonnière. Doch tritt definitive Heilung mit völliger Herstellung der Form und Function ein. Verf. bespricht dann 14 in der Literatur niedergelegte Fälle und geht näher auf Entstehung, Symptomatologie, Verlauf und Ausgang des Leidens ein. Der Schwerpunkt liegt immer in dem Punkte, ob die Harnröhre verletzt ist oder nicht, und darnach richten sich auch die eventuell nothwendig werdenden therapeutischen Eingriffe. Bei Retentio urinae wird es sich in erster Linie, falls der Catheterismus misslingt, um Längsspaltung an der unteren Fläche des Penis handeln und Aufsuchung des centralen Harnröhrenendes. Eventuell haben später plastische Operationen zu folgen.

100. ***Ueber sacrale Dermoide.*** *Von Prof. Dr. G. Gussenbauer. (Prager med. Wochenschr. 1893. — Centralbl. f. Chir. 1893. 49.)*

Die sacralen Dermoidcysten werden in den Lehr- und Handbüchern der Chirurgie wenig oder gar nicht berücksichtigt. So lange die Geschwulst geschlossen ist, ist die Diagnose leicht. Kommt es aber zur Entzündung und Fistelbildung, so wird die Natur der Affection meist verkannt. Gewöhnlich wird dann ein tuberculöser Herd am Kreuzbein oder dergleichen diagnosticirt. Es bestehen nach Verf. drei charakteristische Symptome, von denen zwei wenigstens immer vorhanden sind und stets gestatten, die richtige Diagnose zu stellen. Diese Symptome sind die folgenden: 1. Die Anwesenheit eines oder auch zweier Grübchen, welche genau in der Mittellinie distalwärts von der entzündlichen Anschwellung sich befinden. Diese stecknadelkopfgrossen Grübchen



sind Epitheleinsenkungen, enden meist blind, können aber auch mit der tiefer liegenden Eiterhöhle communiciren. 2. Der Nachweis von Haaren in den bestehenden Fisteln und im entleerten Eiter. Es sind feine, der Lanugo ähnliche Härchen, die bei nicht aufmerksamer Beobachtung der Prüfung entgehen können. 3. Bei mikroskopischer Untersuchung des Eiters findet man darin neben den Haaren und Detritus stets verfettete oder verhornte Plattenepithelzellen. Mit den genannten drei oder auch den beiden letzten Symptomen, die pathognomonisch sind, lässt sich die Diagnose auf sacrale Dermoide stellen. Die Behandlung der geschlossenen Cysten besteht in der Exstirpation. Bei Fistelbildung räth Verf., die Gänge mit dem Thermocauter zu spalten und die Cystenwände auszuschaben, wodurch Epithel und Sack gründlich entfernt wird.

Dermatologie und Syphilis.

101. ***Ueber die Verwendbarkeit des Ichthyols bei Krankheiten des Urogenitaltractus.*** *Von Dr. H. Lohnstein. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 103.)*

Verf. gelangt bezüglich der im Titel genannten Frage auf Grund reichlicher Erfahrung zu folgenden Schlüssen: 1. Das Ichthyol ist vorzüglich verwendbar bei acuter Urethritis in Form von 0·5—2%igen warmen Spülungen, zumal in den Fällen, in welchen es sich um besonders empfindliche Schleimhaut handelt. 2. Bei subacuter Urethritis anterior. Hier kann es, vornehmlich bei circumscripten oberflächlichen Affectionen vortreffliche Dienste leisten, wenn es local im Endoskop auf die erkrankte Stelle aufgetupft wird. 3. Bei den infiltrirenden Formen der chronischen Urethritis hat es allein keinerlei Wirksamkeit, scheint dagegen vortreffliche Dienste zu leisten, wenn es zusammen oder abwechselnd mit mechanischen Behandlungsmethoden angewandt wird. 4. Bei Prostatitis beseitigt das Ichthyol meist die Entzündungs- und Reizerscheinungen. 5. Bei Pyelitis und Nephritis hat das Ichthyol keinerlei heilende Wirkung. Intern angewandt hat das Ichthyol niemals wünschenswerthe Resultate ergeben. Verf. hat dasselbe in 2 Fällen von Pyelitis (3mal täglich 2 Pillen à 1 Ichthyol) angewandt und fand, dass die Beschwerden eher zu- als abnahmen. Bei chronischer Nephritis, bei welcher er das Ichthyol bei 3 Patienten versuchte, erfuhr die tägliche Eiweissausscheidung selbst nach wochenlanger Anwendung der Ichthyolpillen keine nennenswerthe Beeinflussung.

O. R.

102. ***Ueber die Behandlung der Prurigo bei Kindern.*** *Von Ivanow. (Semaine méd. 1893. 56. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 91.)*

Nach Verf. ist die beste Behandlung dieser Affection Waschung mit 3—5%iger Carbollösung oder 5—10%iger Essigsäure, hierauf Pinselung mit reinem Glycerin. Letzteres kann auch von vornherein der Carbol- oder Essigsäurelösung hinzugefügt werden. Handelt es sich um sehr intensiven Pruritus, so sind wässerige Lösungen ohne consecutive Application von Glycerin vorzuziehen. Zweimal wöchentlich, niemals häufiger, lässt man einfache oder

8*



aromatische Bäder von 10—15 Minuten Dauer nehmen. Gebrauch von Seife ist streng zu verbieten; unmittelbar nach dem Bade lässt man Pinselungen mit Carbol- oder Essigsäurelösungen machen. Nach dem Verschwinden des Pruritus besteht die Behandlung in häufiger Pinselung mit reinem Glycerin zweimal täglich. Diese Pinselungen wirken häufig geradezu als ein Specificum gegen Prurigo, nur muss, um eine definitive Heilung zu erzielen, die Behandlung sehr lange, zuweilen Monate hindurch fortgesetzt werden.

103. ***Die Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Urogenitalaffectionen, mit besonderer Rücksicht auf den Catheterismus.*** *Von Dr. L. Farkas. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 10.)*

Verf. reinigt den Catheter auf folgende Weise: Der mit Seife abgewaschene Catheter wird durch 50—60 Secunden mit heissem Dampfe innen gereinigt, hierauf mit in Alkohol getränkter Gaze von aussen gründlich abgewischt, der eventuell zurückgebliebene Alkohol wird in 3%iger Borlösung abgespült. Abermaliges Abwischen mit steriler Gaze, hierauf Schlüpfrigmachen des Catheters mit 10%iger Salolvaseline, was aber nicht mit dem Finger, sondern mittelst Sterilgaze zu geschehen hat. — Die Dauerconservirung der Catheter in sterilisirtem Zustande erreicht Verf. so, dass er sie in sterilisirten Glasröhren, welche an beiden Enden mit Watte und Gummikapsel abgeschlossen sind, aufhebt. Für die Hospitalpraxis hat Verf., da diese Methode zu mühselig ist und sich nur für die Privatpraxis eignet, einen besonderen zerlegbaren Metallkasten construirt, in welchem jeder Catheter an seinem besonderen Platze sterilisirt aufbewahrt werden kann. Um die Infectionsgefahr bei Anwendung der Spritzen auszuschliessen, hat Verf. an dem Stempel der Spritze, die völlig zerlegbar construirt ist, eine Rille anbringen lassen, in welche jedesmal ein neuer sterilisirter Gummiring eingelegt werden muss. Die Spritze wird jedesmal vor dem Gebrauche erst zusammengesetzt und armirt. Die Infection der Harnblase wird vermieden: durch gründliche Reinigung der Hand und des Penis, welcher nach oben hin durch eine durchlöcherte Compresse gesteckt wird; weiter durch wiederholtes Ausspritzen der Harnröhre mit 3%iger Borlösung; ferner wird, damit auch der hintere Theil der Harnröhre gereinigt werde, nach jeder Catheterisation eine mehrmalige Blasenausspülung vorgenommen, um eventuell in die Blase gelangte Schleim- und Eiterpartikel zu entfernen. Ist der Harn an und für sich zersetzt, oder handelt es sich um Prostatiker, so werden 40—50 Grm. einer 3%igen Borlösung oder 1‰ige Argentum nitricum-Lösung in die Blase gelassen. Natürlich Gebrauch absolut reiner Instrumente.

104. ***Zur Behandlung von Brandwunden mittelst Wismuthpaste.*** *Von Ostron-Deupont. (Semaine méd. 1893. 92. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 95.)*

Verf. empfiehlt, Brandwunden durch Application einer dicken Wismuthpaste zu behandeln. Letztere wird dadurch erhalten, dass man Bismuthum subnitricum mit Wasser anrührt. Das Verfahren ist ursprünglich von *Geiger-Landstuhl* angegeben worden. Derselbe hatte Gelegenheit, dasselbe in einer grossen Reihe von Fällen



mit bestem Erfolge anzuwenden. Es ist einerseits bequemer und wirksamer als die trockenen Wismuthverbände, welche im letzten Jahre besonders in Deutschland zur Behandlung von Verbrennungen empfohlen worden sind. Im concreten Fall wird die Behandlung in der Weise geführt, dass man mittelst Scheere etwaige Hautfetzen fortnimmt, hierauf wird über alle verbrannten Partien eine dicke Wismuthpaste gebreitet. Beim Trocknen bildet diese Paste bald einen undurchdringlichen Verband, den man bis zur vollkommenen Heilung der Brandwunde an Ort und Stelle liegen lässt. Etwaige, während dieser Zeit sich bildende Falten und Spalten werden durch erneute Application frischer Paste ersetzt. Bei dieser Behandlung heilen selbst ausgedehnte Brandwunden zweiten Grades im Verlaufe von 10—15 Tagen. Bezüglich der Brandwunden, bei denen es zur Escharabildung kommt, wendet Verf. antiseptische Präparate an, die gleichfalls durch Hinzufügung von Paraffin consistent gemacht werden. Handelt es sich um zu üppig wuchernde Granulationen, so werden dieselben mit Hilfe von Höllensteinsalben, Zinksulfat oder Perubalsamsalbe in Schranken gehalten.

105. ***Ueber Nucleininjectionen bei Lupus.*** *Von Dr. H. Mourek. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 35 u. 36. — Centralbl. f. Chir. 1893. 51.)*

Auf Veranlassung von *Horbaczewsky* prüfte der Verf. die Wirkung von Nuclein in subcutaner Injection auf 9 Lupöse und einen Fall von zerfallendem Gumma des Unterschenkels in Folge von Lues hereditaria tarda. Die Nucleinlösung wurde in der Weise hergestellt, dass 2·5 reines Nuclein unter langsamem, tropfenweisem Zusatz von 5%iger Natronlauge unter stetigem Verreiben gelöst wurden. Hierauf wurden 2·5 reines Phenol hinzugesetzt, die Lösung auf 500 0 mit Wasser verdünnt und filtrirt. Ein Cubikcentimeter der Lösung enthielt 0·005 Nuclein. Die Injectionen wurden im Interscapularraum vorgenommen, mit sehr vorsichtigen Anfangsdosen, da der Beginn der Reaction, namentlich die Veränderung der Blutbeschaffenheit, schon nach 0·002—0·005 zu beobachten war. Man begann mit 0·0025 und stieg um dieselbe Dosis. Eine Angewöhnung an das Mittel, wie bei Tuberculin, trat nicht ein, eine Maximaldosis liess sich noch nicht feststellen, überhaupt bezweckten die Versuche, nur einige der physiologischen Wirkungen kennen zu lernen, welche aber in der That höchst interessant sind. Es trat fast regelmässig eine Allgemeinreaction ein, meistens Fieber, durchschnittlich 30°, in zahlreichen Fällen aber bis auf 39° sich steigernd (NB. ohne locale Entzündung an der Injectionsstelle!); Magendarmerscheinungen fehlen. Am interessantesten ist die Blutveränderung in qualitativer und quantitativer Richtung, welche sich allgemein gesprochen als Leukocytose darstellt. Das Verhältniss der weissen und rothen Blutkörperchen 6—7 Stunden nach der Injection wurde 1:400 bis 1:50. Während des Fiebers wiesen die eosinophilen Zellen keine Veränderung auf, dagegen war nach der Allgemeinreaction stets eine Vermehrung der eosinophilen Zellen, häufig auch Markzellen zu bemerken. Auch eine Localreaction war der regelmässige Begleiter der Injection, oberflächliche Entzündung an den afficirten Partien mit leichtem Schmerz, objectiv eine ziemlich intensive oberflächliche Dermatitis mit mässiger



Transsudation. Die letztere trat am stärksten bei dem syphilitischen Geschwür und einem Lupusfall auf; nach einigen Tagen klangen diese localen Reactionserscheinungen allmälig ab. Diese typischen Reactionen brachten es aber nicht zu dauernden therapeutischen Resultaten. In manchen Fällen war eine objective Besserung unverkennbar, so bei dem syphilitischen Geschwür, welches sich rasch reinigte und sich mit Epidermis überzog. Im Allgemeinen kommt der Verf., welcher das Mittel früher schon intern versucht hatte, zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Das Nuclein ist eine pyrogene Substanz, welche bei interner Darreichung eine mässigere, bei subcutaner Injection eine heftigere Wirkung entfaltet. 2. Das Nuclein unterstützt und verstärkt eine raschere Ausbildung der Leukocyten. 3. Das Nuclein ruft eine Steigerung der chronischen Entzündungsprocesse hervor.

106. ***Die interne Behandlung des Lupus erythematosus mit Phosphor.*** *Von **Duncan Bulkley**. (Amer. Journ. of the med. sciences. 1893, April. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. med. Wissensch. 1893. 1.)*

Unter 20.798 Hautkranken sah Verf. 73mal Lupus vulgaris, dagegen 97mal Lupus erythematosus. Combinationen und Uebergänge sah er nie. Unter den 97 Patienten waren 27 Männer und 70 Frauen, meistens im Alter von 20—30 Jahren. Die multiplen und scheibenförmigen Fälle *Kaposi's* sah Verf. nicht. Angewendet wurde stets Phosphor intern mit bestem Erfolge, da Eruptionen ohne locale Behandlung zurückgingen, alte chronische Fälle vernarbten. Eine Reihe von Patienten hat Verf. viel Jahre beobachtet. Er verordnet Phosphor nach *Thompson*: Phosphor 0·5, Alc. absol. 30·0 durch Erwärmen und Schütteln zu lösen und dann mit folgender, auch zu erwärmender Mischung zu versetzen: Glycerin 460·0, Alkohol 60·0, Ol. Menthae 20·0, 5·0 enthalten 0·04 Phosphor. Es wird mit 15 Tropfen in Wasser 3mal täglich nach dem Essen begonnen. Die Tropfen werden in ein leeres Glas gegossen, Wasser zugesetzt und dann schnell auf einmal ausgetrunken. Allmälig steigt man auf 30—45—60 Tropfen. Die Medication muss bis zur erfolgten Vernarbung fortgesetzt werden. Bei Verdauungsstörungen wird ausgesetzt und in der Zwischenzeit Salpetersäure oder auch Kaliumacetat und Nux vomica gegeben. Die Wirkung des Phosphors soll durch Beeinflussung des Nervensystems zu Stande kommen, da Vieles für den angioneurotischen Ursprung des Lupus erythematodes spricht. Local hat Verf. nichts angewendet.

107. ***Ueber Alopecia atrophica.*** *Von **W. Dubreuilh**. (Annal. de dermat. et de syph. 1893, pag. 329.)*

Verf. bringt für die Pseudoalopecia *Brocq's* vier eigene Beobachtungen, die sämmtlich Frauen betrafen, während es sich in den Fällen von *Ducrey* und *Stanziale* nur um Männer handelte. Ueber jene Form *Brocq's*, die sich mit der Acne decalvans von *Lailler* und der Folliculitis depilans von *Quinquand* deckt, hat Verf. keine Erfahrung. Auf ihre klinische Aehnlichkeit mit Favus hat *Brocq* schon hingewiesen. Die letzte der Formen des atrophirenden Haarschwundes ist in Sycosis lupoides *Brocq's* oder *Unna's* Ulerythema sycosiforme oder Dermatitis sycosiformis atrophica nach *Ducrey* und *Stanziale*. Auch Verf. hat schon früher unter der unzutreffenden



Bezeichnung Sycosis non parasitaria einen derartigen Fall veröffentlicht. Diese Form hat mit der Pseudoalopecia grösste Aehnlichkeit. Bei beiden beobachtet man dieselbe diffuse, im Wesentlichen perifolliculäre Entzündung mit Ausgang in vollkommene Atrophie der Papillen, der Haarfollikel, der Talgdrüsen und sogar auch der Schweissdrüsen. Dabei ist der Gegensatz zwischen dieser völligen Atrophie und der voraufgehenden, geringgradigen Entzündung ein auffallender. Bei der trichophytischen Sycosis besteht umgekehrt eine starke Schwellung mit beträchtlicher Eiterung der Follikel; und doch heilt diese Krankheit, fast ohne Spuren zurückzulassen. Klinisch sowohl wie pathologisch-anatomisch sind die Pseudoalopecia und das Ulerythema sycosiforme — diese Bezeichnung hält Verf. für die glücklichste, wenn er auch bezweifelt, dass sie sich in Frankreich einbürgern wird — nahe verwandt.

108. ***Locale Behandlung der Laryngitis luetica.*** *Von Dr. **Greville Macdonald**, London. (Semaine méd. 1893. 65. — Prager med. Wochenschr. 1893. 50.)*

Wohl kommt auch bei den luetischen Larynxerkrankungen die specifische Allgemeinbehandlung mit Quecksilber- und Jodpräparaten zur Anwendung. Jedoch unterstützt in solchen Fällen die Localbehandlung nicht nur die Allgemeinbehandlung, sie ist oft das einzige Mittel, um eine Heilung der sonst widerspenstigen luetischen Erkrankungen des Larynx herbeizuführen. Verf. leitet folgendes Verfahren bei diesen Affectionen ein. In den Fällen von Plaques muqueuses oder oberflächlichen Larynxgeschwüren leisten schwache und vorher erwärmte Lösungen von Chromsäure (1:2000 im Anfange) vorzügliche Dienste. In den weiter fortgeschrittenen Fällen der secundären Larynxsyphilis kann man Alaunsolutionen (0·5%), Lösungen von Chlorzink (1:100), oder -chlorid (1%) verwenden. Wenn aber die Plaques muqueuses diesen Mitteln Widerstand leisten oder wenn es sich um secundäre oder rapid fortschreitende tertiäre Ulcerationen handelt, räth Verf. Calomel direct in den Larynx in Form von Dämpfen einzubringen. Zu diesem Zwecke bedient er sich eines Sandsteingefässes, dessen oberste Oeffnung durch einen Stöpsel hermetisch verschlossen ist; durch diesen gehen 2 Röhren, von denen die eine mit einer Kautschukbirne communicirt, welche dazu dient, Luft in den Apparat hineinzublasen, während die andere, mit einer gebogenen Canüle versehen, die Quecksilberdämpfe in den Larynx hineinbringt. Man wirft nun eine Fingerspitze voll Calomel in den Apparat und hängt denselben über eine Alkoholflamme auf. Sobald die Dämpfe aufzusteigen beginnen, fordert man den Patienten auf, die Zunge herauszustrecken und dieselbe mit einem Sacktuche, welches man in der Hand hält, zu fixiren. Der Arzt nimmt in die linke Hand den Kehlkopfspiegel, in die rechte Hand die Canüle und staubt durch einzelnes Zusammendrücken der Kautschukbirne Calomeldämpfe in den Larynx ein. Dieses Manöver wird solange fortgesetzt, bis die Ulcerationen vollständig mit einer Calomelschichte bedeckt sind. Man muss jedoch darauf achten, dass nur die nöthige Menge Calomel in den Larynx gelangt, um die kranken Partien zu bestreuen, da das Calomel, auf diese



Art angewendet, selbst in kleinsten Quantitäten eine reichliche Salivation erzeugen kann. Nach dem Verf. ist kein Mittel gegen die secundären und tertiären syphilitischen Larynxaffectionen so wirksam wie die eben beschriebene Anwendung des Calomel, welche fast immer von den besten Erfolgen begleitet ist.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

109. ***Zur Frage der Gefahren für das Leben und die Gesundheit in Gewerbebetrieben.*** *Bericht der k. k. Gewerbe-inspectoren über ihre Amtsthätigkeit im Jahre 1892. Wien 1893. (S. auch Nr. 955 des vor. Jahrg. und Nr. 36 dieses Jahrg.)*

III. Aus Anlass der sanitären Revision einer Papierfabrik erging seitens der Landesbehörde der Auftrag, Vorkehrungen gegen den bei der Hadernreinigung sich entwickelnden Staub anzuordnen. Die diesfalls vorgenommene Inspection ergab, dass der gedachte Arbeitsraum zwar mit einem motorisch betriebenen Propeller versehen, und dass der Haderndrescher mit einem Holzgehäuse überdeckt war, aus welchem der sich entwickelnde Staub mittelst eines Exhaustors abgesaugt wurde; doch entbehrte der in dem gleichen Raume befindliche Hadernreisser einer ähnlichen Schutzvorrichtung, deren Anbringung verlangt und seitens des Betriebsunternehmers auch zugesagt wurde. Bei der Revision von Flachsspinnereien musste gleichfalls wiederholt die Staubentwicklung in den Hecheleien, Carderien und Vorbereitungssälen beanständet werden. Die meisten dieser Räume sind zwar, ebenso wie die Feinspinnsäle, mit Propellern ausgestattet, doch ist diese Schutzmassregel nicht ausreichend. Die einzige gründliche Abhilfe, welche diesfalls getroffen werden könnte, nämlich die Ueberdeckung der Carden etc. mit Gehäusen und Verbindung der letzteren mit Exhaustoren, stösst wegen Mangels an Raum und der bedeutenden Herstellungskosten auf schwer überwindlichen Widerstand seitens der Betriebsunternehmer. Ebenso begegnet der Schutz der mit der Hadernsortirung zu Zwecken der Papierfabrication beschäftigten Arbeiter bedeutenden Schwierigkeiten auch deshalb, weil durch die Ausrüstung der Sortirtische mit Saugschläuchen und Exhaustoren die saugende Wirkung der letzteren sich den Händen und Armen der Arbeiter in unangenehmer Weise fühlbar macht. Aehnlichen Verhältnissen begegnet man in den Binsereien der Hutfabriken und in Glasschleifereien. In einer Glasfabrik und in einer Geschirrfabrik wurde dem Verstauben beim Malen und Mischen der Schmelzmaterialien durch staubdichtes Verschliessen der betreffenden Apparate vorgebeugt. Aehnliches wurde in Mahlmühlen angeordnet, wo besonders die Paternosteraufzüge, die Getreideputzmaschinen, die Mischkammern und die Siebvorrichtungen recht sorgfältig gedichtet werden sollen, um den den Augen und Lungen schädlichen und zu Explosionen geneigten Staub möglichst an seine Entstehungsstelle zu bannen. In einer Canditenfabrik wurden für beim Abstauben von Formen beschäftigte Mädchen Staubmasken angeordnet. Der in einer Blech-



fabrik wahrgenommene Uebelstand, dass die mit dem Beizen der Bleche beschäftigten Arbeiter an den Augen und den Respirationsorganen in Folge der aus den Beizbottichen aufsteigenden Säuredämpfe Schaden litten, wurde durch Anbringung von Dunstfängen unmittelbar oberhalb der einzelnen Beizgefässe und durch scharfen Abzug der Dämpfe mittelst Exhaustoren behoben. Durch Einathmen salpetersaurer Dämpfe wurden Vergiftungserscheinungen mit darauffolgender Pneumonie an einem Arbeiter einer Metallwaarenfabrik beobachtet, welcher das Gelbbrennen von Messingwaaren mittelst einer Mischung von Salpetersäure und Oleum zu besorgen hatte.

Die Caissonkrankheit. Unter die Berufskrankheiten bei den Wasserbauten ist die sogenannte Caissonkrankheit zu zählen, welcher anfänglich alle jene Arbeiter anheimfallen, die bei pneumatischen Fundirungen oder bei den Vorarbeiten zu solchen Sprengungen verwendet werden. Diese Krankheit kennzeichnet sich durch Ohrensausen, Brustbeklemmung, Herzklopfen, Schwindel etc. und leiden die Arbeiter anfänglich besonders an Gelenksschmerzen. Es sollten zu derartigen Arbeiten nur ganz gesunde Personen verwendet werden, und sollte insbesondere darauf gesehen werden, dass die Dauer der Arbeitsschichten, der Wassertiefe, in welcher fundirt oder für die Sprengungen vorgearbeitet wird, entsprechend geregelt sei. Nach den gemachten Beobachtungen können Arbeiter bei 20 Meter Wassertiefe höchstens 5 bis 6 Stunden, bei 30 Meter Wassertiefe nur $2^1/_2$ bis 3 Stunden ohne Benachtheiligung ihrer Gesundheit arbeiten.

Einwirkung des Carbolineums auf die Haut des Gesichtes. Der Gewerbeinspector des XI. Bezirkes (Budweis) bemerkte 2 Anstreichergehilfen, welche beim Anstreichen von Gartenzäunen mit Carbolineum Gesichtsmasken trugen. Befragt, wer ihnen dies gerathen habe, gaben sie zur Antwort, dass sie diese Masken aus eigenem Antriebe angelegt hätten, weil ihnen, nachdem sie einen Tag im Freien (allerdings der Sonnenhitze ausgesetzt) mit Carbolineum gestrichen hatten, des Nachts die Wangen anschwollen und sich an denselben ein Ausschlag zeigte. Sie hatten früher nie mit Carbolineum gearbeitet. Seit sie diese Gesichtsmasken bei der Arbeit trugen, hat sich ihr Zustand gebessert und nach wenigen Tagen waren Geschwulst und Ausschlag verschwunden. Dr. *E. Lewy.*

110. ***Ein Fall von Cholera asiatica durch Laboratoriumsinfection.*** *Von Dr. A. Lazarus, Assistenzarzt. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 51.)*

In dem Streit um die Bedeutung des *Koch*'schen Kommabacillus spielen eine besonders grosse Rolle jene Versuche, die mehrere Gegner der *Koch*'schen Lehre angestellt haben, bei Menschen eine Infection durch Reinculturen des Bacillus herbeizuführen. Nachdem aber *Metschnikoff* über einen Fall berichtet hat, bei dem der Genuss von einem Drittel einer 20stündigen Agarcultur eine typische Cholera erzeugt hat, darf man bezweifeln, dass auch jetzt noch solche absichtliche Versuche wiederholt werden. Es beanspruchen daher die entsprechenden unabsichtlichen Infectionen immerhin noch ein gewisses Interesse.



Ein Assistenzarzt des Krankenhauses Moabit (Berlin), seit Jahren leicht zu gastrischen Störungen geneigt, erkrankte am 18. September v. J. unter Durchfällen. Dieselben waren von einem allgemeinen körperlichen Unbehagen begleitet, die Stühle waren dünnbreiig und wässerig, alle gefärbt. Auf Anordnung des Professors Dr. *Renvers* wurde der Stuhl einer bacteriologischen Controle unterworfen. Es ergab sich mit positiver Sicherheit die Diagnose auf Infection durch den *Koch*'schen Kommabacillus. Der weitere Krankheitsverlauf war ein durchaus milder. Es lag klinisch einer von jenen leichten Cholerafällen vor, die in den beiden letzten Jahren so vielfach beobachtet worden sind. Da vom 7.—21. September das Krankenhaus Moabit frei von Cholerakranken war, eine andere Gelegenheit, mit solchen oder deren Dejectionen, Wäsche oder anderweitigen Infectionsquellen in Berührung zu kommen, dem Erkrankten nicht gegeben war, wogegen derselbe tagtäglich im Laboratorium mit Choleraculturen zu hantiren hatte, muss dieser Fall als eine durch künstlich gezüchtete Kommabacillen herbeigeführte Infection aufgefasst werden. Es lag nun nach Ablauf der Erkrankung nahe, zu prüfen, ob in dem Blute des Genesenen, ähnlich wie bei Personen, die eine „natürliche" Choleraerkrankung durchgemacht haben, immunisirende Substanzen nachweisbar sein würden. Das Blut desselben Assistenzarztes wurde bereits im October 1892 vom Verf. auf seinen Schutzwerth geprüft, mit dem Ergebniss, dass zwar 2·0 Ccm., jedoch nicht mehr 1·0 Ccm. Serum ein Meerschweinchen gegen die tödtliche Choleradosis schützten. Nach *Behring*'scher Berechnung stellt dies etwa einen Immunisirungswerth von 1 : 250 dar. Wesentlich erhöht war derselbe in dem am 3. September, 6 Wochen nach Ablauf der Erkrankung, gewonnenen Blute. Hier genügte 0·001 Serum, um ein Meerschweinchen von 330 Grm. zu schützen; das mit 0·0001 vorbehandelte Thier erlag derselben Choleradosis. Das Serum hatte somit einen Immunisirungswerth von 1 : 330.000 erlangt. Es wird Niemand bezweifeln, dass diese Steigerung auf das mehr als Tausendfache des Ursprünglichen durch die kurz vorausgegangene Erkrankung veranlasst worden ist. Entsprechend hohe Schutzwerthe sind bisher nur bei Personen, die Cholera asiatica überstanden haben, gefunden worden. Die Anschauung von der Identität beider Infectionen findet in dem beschriebenen Verhalten der Genesenen eine neue Stütze. *Loebisch.*

111. ***Impfexperiment mit den löslichen Producten des Nicolaier'schen Tetanusbacillus am Menschen.*** *Sitzung der Société de Biologie in Paris am 21. Oct. 1893. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 51.)*

Den im Titel genannten Versuch führte ein Arzt im Lyoner pathologischen Institute unfreiwillig an sich selbst aus; er stach sich mit einer Nadel, durch die er von einem Kaninchen 1 Ccm. filtrirte Reincultur von Tetanusbacillen injicirt hatte, in den linken Daumen; die minimale Quantität Gift (die Wunde hatte ausserdem noch lebhaft geblutet) rief nach fünf Tagen Contractur im linken Daumen, die auf die Hand und den Arm fortschritt und zu der sich Trismus und Opisthotonus gesellten, hervor; kein Fieber. — Unter Chloralmedication und Bettruhe begann am



21. Tage nach der Impfung die Besserung und trat am 41. Tage Heilung ein; dabei war die linke Hand noch immer etwas rigide. Auffallend ist die Incubationsdauer mit nur vier Tagen. Die Erkrankung des Menschen nahm denselben Verlauf wie beim Thiere und bestätigt die Ansicht *Courmont's* und *Doyon's,* die annehmen, dass das Tetanusgift nicht an sich toxisch wirkt, sondern erst im Organismus die krampferzeugende Substanz bildet.

112. ***Die ärztlichen Ergebnisse der Wissmann'schen Seenexpedition.*** *Von Dr. Roewer. (Deutsche Med.-Ztg.)*

Es nahmen daran Theil 26 Europäer und 288 Mann Farbige. Die Erkrankungen, welche in Betracht kommen, sind: Malaria in leichter, mittelschwerer und schwerer (perniciöser) Form, eine unter dem Bilde der Dysenterie verlaufende Darmerkrankung, Sonnenstich, Ablagerung 1—2 Cm. langer Maden im Unterhautzellgewebe. Von anderen Erkrankungen kamen vor bei den Farbigen: Contusionen, Scabies, Vulnera, Augenleiden, syphilitische und nichtsyphilitische Geschlechtskrankheiten, Pocken etc. Bezüglich der Malaria waren bei den Europäern leichte Fälle 58%, mittelschwere 30%, perniciöse 12%.

Der grösste momentane Abgang durch Malaria findet sich unter den frisch Herausgekommenen, oder, das Risico, in Malariastrecken seine Gesundheit einzubüssen, ist am grössten für den Neuling. Je länger der Europäer in den Tropen sich aufhält, um so mehr läuft er Gefahr, durch Malaria dauernd in seiner Gesundheit geschädigt zu werden, oder, in Widerstandsfähigkeit gegen Malaria wird ein gesundes, frisch herauskommendes Individuum den älteren schlagen. Es gibt Europäer, die jahrelang ohne dauernden Schaden für ihre Gesundheit in tropischen Malariagegenden sich aufhalten können, die individuell weniger zu einer Malariaerkrankung disponirt zu sein scheinen und die somit das beste Material für Tropenunternehmungen abgeben. Eigenthümlich fand Verf. eine Reihe von Hauterkrankungen, die dem Volksglauben nach zur Malaria in einem Ausschliessungsverhältniss stehen. Andere führen dieselben, die in der Form oberflächlicher, eiteriger, hässlicher Schwären wochenlang bestehen, auf den Genuss des Zambesi- und Schirewassers zurück. Dass letzteres die Schuld daran trägt, erscheint unwahrscheinlich, da die Ausschläge dann in weit grösserem Umfange unter den Europäern hätten auftreten müssen. In Bezug auf die Malaria steht fest, dass mit dem Abheilen der Geschwüre beim Patienten häufig ein neuer Fieberanfall eintritt, und umgekehrt mit dem Ablauf desselben die abgeheilten Stellen auf das neue zur Schwärenbildung übergehen. Verf. hält es für logischer, diese Schwärenbildung nicht in ein Ausschliessungsverhältniss zu setzen; sondern als eine Form der Malaria aufzufassen. Damit im Einklang steht die Heilung durch einen Klimawechsel.

Die perniciöse Form der Malaria, von den Engländern am Schire mit dem das Hauptsymptom bezeichnenden Wort Blackwater bezeichnet, vermag in wenigen Tagen den Tod herbeizuführen. Das Blackwater, der tintenfarbige Urin, ist die Folge des durch die Nieren ausgeschiedenen Blutfarbstoffes, und deutet auf eine massenhafte Zerstörung der rothen Blutkörperchen durch ein-



gewanderte Malariamikrobien. Eingeleitet wird die Erkrankung gewöhnlich durch stundenlanges, heftiges, unstillbares Erbrechen, das mitunter schon mehrere Tage vor dem Erscheinen des schwarzen Urins auftritt und im Auswerfen einer Masse schmutzig-grüner, dünnflüssiger Galle besteht. Auffallend war einer der zur Behandlung gekommenen perniciösen Fieberfälle, insofern als derselbe den Rhythmus der Intermittens innezuhalten schien: 3 Tage lang Blutharnen, darnach 5 Tage lang leidliches Wohlbefinden, 4 Tage lang Blutharnen, 3 Tage lang Wohlbefinden und dann wieder 3 Tage lang Blutharnen. Es liegt in diesem Verhalten zweifelsohne das schubweise Einfallen von Malariamikrobien in die rothen Blutkörperchen ausgesprochen. Die Temperatursteigerung in dieser Malariaform ist gewöhnlich nicht erheblich, meistens zwischen 38° und 39°. Betreffend die medicamentöse Behandlung der Malaria mit Chinin hielt Verf. daran fest, einen regelmässigen Chininverbrauch in den Sumpfniederungen des Zambesi und Schire zu befürworten, im Hochland von Blantyre und am Nyassa zu beschränken. Bezüglich des perniciösen Fiebers glaubt er den schwersten Erscheinungen desselben, dem Blutzerfall, durch rechtzeitige, grosse Chiningaben vorbeugen zu können. Auch bei den Farbigen nahm die Malaria unter den Krankheitsgruppen die erste Stelle ein. Es bewahrheitete sich auch hier die in den letzten Jahren immer mehr durchdringende Ansicht, dass bezüglich der Malariainfection eine Immunität unter den Farbigen nicht besteht, und dass der Procentsatz der Erkrankung dem der Europäer wohl ziemlich gleichkommt. Die Scala, welche bezüglich der Expedition für das Zambesi-Schiregebiet aufgestellt werden muss, ist vom empfindlichsten Menschenmaterial zum widerstandsfähigsten heruntergehend: Europäer, Abessinier, Somali, Araber, Suaheli, Sudanesen, Zulus (bis auf fünf alle schon im Anfang desertirt). Hinsichtlich der Brauchbarkeit für Expeditionszwecke standen somit die Sudanesen und Zulus am höchsten, die Abessinier am tiefsten. Nach Besprechung der einzelnen Krankheitsformen behandelt Verf. die hygienischen Massregeln, die zum Schutz der Europäer getroffen worden sind. Betreffend die Auswahl des Personals war es ein Fehler, einen Theil der Europäer ohne vorhergehende ärztliche Untersuchung für das Unternehmen auszumustern. Das von einzelnen Seiten bemängelte Fehlen von Filtern beurtheilt Verf. nicht so scharf. Es ist richtig, dass das armseligste, portugiesische Haus am Sambesi im Besitze eines Filters ist, und es ist auch vom Standpunkte der Reinlichkeit gerade nicht erbaulich, monatelang Fluss- und Sumpfwasser mit wer weiss was für ekelhaften Bestandtheilen vermischt zu trinken; aber da nun einmal für die Expedition keine Filter beschafft waren, so musste es auch ohne dieselben gehen, und wenn man bedenkt, dass man weder mit Cholera, noch Typhus, noch Dysenterie zu rechnen hatte, so kann man das Fehlen der Filter kaum als ein besonders gesundheitsschädigendes Moment ansehen. Unterkunft fanden die Europäer in Zelten oder Strohhäusern; besonders in der Regenzeit haben Letztere durch die Schwankungen in ihrer Bodenluft manche Nachtheile, die man in den mit luftdichten Unterlagen versehenen Zelten vermeidet. Die Zelte haben das Unangenehme, dass sie in Folge der Hitze für



die Mittagsstunden fast unbewohnbar sind und man somit für diese Zeit zum Aufenthalt noch ausserdem ein Strohhaus oder wenigstens eine Strohveranda nöthig hat. Unzureichend waren die Vorkehrungen, die zum Schutze der Handwerker gegen die Sonnenstrahlen auf der Werft beim Dampferbau getroffen waren. Die Innehaltung einer achtstündigen Arbeitszeit durch das Handwerkerpersonal (unter Berücksichtigung der Gänge zur Arbeitsstätte neunstündig) war eine Leistung, die bezüglich der körperlichen Arbeit eines Europäers in den Tropen das vom Standpunkte der Humanität und der Gesundheit Zulässige überschritt, und hätte man besser die Zeit von 2—3 Uhr der Ruhezeit zugeschlagen. Vom ärztlichen Standpunkte aus liess die Expedition Vieles zu wünschen übrig und stand in dieser Hinsicht weit hinter den von den Engländern und Holländern innegehaltenen Normen zurück. *O. R.*

113. ***Ueber die körperliche Entwicklung der Halleschen Feriencolonisten.*** *Von Dr. Schmid-Mounard. Vortrag bei der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.*

Die vom Verf. mitgetheilten Beobachtungen stützen sich auf ein Material von 1000 Kindern von 7—14 Jahren, die seit zehn Jahren an den Colonien theilnahmen, verglichen mit 1300 Kindern gleichen Alters, die aus äusseren Gründen zurückgewiesen wurden. Zur Feststellung von Mittelzahlen des Körperwachsthums in Halle wurden 1400 Kinder von 0—9 Jahren benutzt; es wurde Gewicht, Körperlänge, Brustumfang, inspiratorische Erweiterung und Aussehen berücksichtigt. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: Die Feriencolonisten stehen der schon unter dem Mittel stehenden Volksschuljugend um circa 1 Jahr in der Entwicklung nach. Zur relativen Beurtheilung der Körpermasse eines Kindes, dessen Zahlen bei der Geburt unbekannt sind, ist eine Tabelle aus Mittelwerthen der betreffenden Bevölkerungsclasse nöthig. Das günstigste Verhältniss zwischen Brust und halber Körperlänge besteht, wenn der Brustumfang grösser, die Länge kleiner, als die Mittelzahl der Tabelle bei gleichem Gewicht ist. Sind die Geburtszahlen bekannt, so lässt sich nach den Formeln von *Liharzik* und *Raudnitz* ermitteln, ob das betreffende Kind normal ist. Im 7. Lebensjahre ist, besonders bei Mädchen, das Wachsthum auffallend schwach (ungünstiger Einfluss der Schule, besonders auf die Athmung), so dass 8jährige leichter sind als 7jährige, 9jährige erst wieder so schwer wie 7jährige. Dass trotz der besseren hygienischen Verhältnisse der modernen Schule dieser ungünstige Einfluss noch fortbesteht, beruht vielleicht auf einer allgemeinen Schwächung der Fabriksbevölkerung (Sinken des Militärbrustmasses in den letzten Jahren). Nach dreiwöchentlichem Aufenthalt in der Feriencolonie haben die Kinder etwa um 1 Jahr an Gewicht und Athmungsgrösse zugenommen, dieser Gewinn ist bleibend.

114. ***Die Aetiologie und Behandlung der Diphtherie.*** *Von Dr. J. Ritter. Vortrag bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.*

In keinem länger beobachteten Diphtheriefall fehlt der *Klebs-Löffler*'sche Diphtheriebacillus. Unter dem Bilde echten Croups entstehen durch Einflüsse thermischer und chemischer Natur und



nach acuten Infectionskrankheiten fibrinös exsudative Processe ohne Diphtheriebacillenfund. Auf der Oberfläche der Schleimhaut der Luftwege sich ansiedelnd, bewirkt der Diphtheriebacillus eine heftige Entzündung mit fibrinöser Exsudation, während sich die pflasterepithelbekleidete Rachenmucosa stark zellig infiltrirt und nach Eindringen von Streptococcen necrotisirt. Bei fortgeschrittenen Processen findet sich der Diphtheriebacillus auf der freien Oberfläche der Pseudomembranen oder in der obersten mortificirten Schleimhautschicht. Ein sogenannter genuiner oder primärer Croup, bei dem sich nachträglich Diphtheriebacillen finden, ist nie beobachtet worden. Es gibt, wie die entsprechende Affection des Larynx und der Trachea, auch eine Rhinitis fibrinosa durch thermische und chemische Einflüsse und im Anschluss an acute Infectionskrankheiten, sowie eine primäre Rhinitis fibrinosa, wo in den Membranen verschiedene ätiologisch bedeutungslose Mikroorganismen zu finden sind, wenngleich dieselben auch unter Umständen auf lädirten thierischen Schleimhäuten fibrinöse Gerinnungen hervorrufen können, der Diphteriebacillus steht hierzu in keinerlei Beziehung. Die echte Angina scarlatinosa ist eine Coccenkrankheit, bei der auch secundäre Diphtherieinfection möglich ist. Nur im ersten Beginn der Diphtherie ist durch Therapie ein sicherer Erfolg möglich. Die Resultate der Serumtherapie sind bisher negativ, dürften jedoch im Initialstadium bei weiterer Verbesserung noch Erfolge aufzuweisen haben. Einstweilen muss der Ursprungsherd auf den Tonsillen sofort mechanisch entfernt und andauernd antiseptisch behandelt werden. Verf. ist der Ansicht, dass die septischen Erscheinungen bei Diphtherie durch Streptococcen verursacht werden, während die Fernwirkungen und Nachwirkungen auf die durch die Diphtheriebacillen gebildeten Ptomaine zurückzuführen sind.

115. ***Ueber die Art der pathogenen Wirkung des Typhusbacillus auf Thiere.*** *Von Dr. **Johannes Petruschky.** (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskh. Bd. XII. Heft 3. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 85.)*

Verf. förderte die Lösung der Frage, ob die durch Typhusbacillen zu erreichende tödtliche Wirkung auf Thiere als eine Infection oder als eine Intoxication aufzufassen sei, durch Versuche an weissen Mäusen. Bei diesen wurde unter Anwendung nicht zu geringer Mengen von Typhusbacillen der Tod von der Peritonealhöhle aus herbeigeführt, und dann Blut und Organe des verendeten Thieres, nachdem er durch Unterbindung der zum Herzen führenden Gefässe, beziehungsweise durch Abspülen und Abpinseln der Organstücke in sterilem Wasser die aus dem Bacillengehalt der Peritonealflüssigkeit resultirende Fehlerquelle nach Möglichkeit untersucht. Verf. zieht aus seinen Versuchen den Schluss, dass der Typhusbacillus zwar nicht in dem Sinne thierpathogen sei, wie z. B. die Bacillen des Milzbrands oder der Mäusesepticämie, welche bei Uebertragung ganz geringer Mengen auf Thiere im Blut und in allen Geweben derselben unbegrenzt wuchern; dagegen ist es möglich, durch intraperitoneale und auch subcutane Uebertragung bestimmter Mengen von Typhusbacillen Thiere mit Sicherheit krank zu machen und durch Giftwirkung zu tödten.



Auch vermögen die Typhusbacillen, wie besonders aus dem mikroskopischen Bilde von Typhusbacillengruppen im Mesenterium oder der Milzoberfläche zu deuten ist, auf den serösen Häuten der Baucheingeweide eine nicht ganz unerhebliche Vermehrung zu entfalten, so dass die Uebertragung der gewucherten Bacillen von Thier zu Thier durch eine Reihe von Generationen möglich ist; dagegen waren niemals Wucherungen der Typhusbacillen in den Geweben der Organe selbst zu finden. In Folge dieser, wenn auch nur geringen Vermehrung der Typhusbacillen im Thierkörper bleibt die Frage offen, ob die Giftbildung seitens der Typhusbacillen nur im Thierkörper, oder auch in den Culturen stattfindet; doch spricht die Schnelligkeit des Eintritts von Intoxicationserscheinungen für eine bereits in der Cultur erfolgte Giftbildung, beziehungsweise für die Giftigkeit der Bacillenleiber selbst.

116. ***Ueber Milzbranderkrankungen unter den Arbeitern der Pinselindustrie.*** *Von Dr. **Goldschmidt**, Nürnberg. (Verhandl. d. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte in Nürnberg. 1893.)*

Bei Arbeitern der Nürnberger Pinselindustrie wurden in den letzten 4 Jahren circa 32 Fälle beobachtet; davon verliefen 3 tödtlich. Alle Fälle zeigten das klinische Bild der Pustula maligna. Die primäre Infection erfolgte zumeist im Gesicht und der Unterkinngegend, in selteneren Fällen an den Händen. Die Erkrankten waren in der überwiegenden Menge Borstenzurichter, die also nur mit dem Rohmateriale zu thun haben. Leider gelang es trotz aller Bemühungen nicht, in diesem, also den Rosshaaren und Borsten, Milzbrandbacillen mit Sicherheit nachzuweisen. In einem Falle wurde freilich aus verdächtigen Borsten die Reincultur einer Stäbchenart gewonnen, die morphologisch vollständig dem Milzbrandbacillus glich, aber durch Mangel jeder Pathogenität zeigte sie sich doch von diesem wesentlich unterschieden. Jedenfalls musste aber in dem zur Verarbeitung kommenden Borsten- und Rosshaarmaterial die Quelle der Infection zu suchen sein, und es wurde deshalb in jedem Falle das gesammte verdächtige Material, sowie Effecten und Wohnung des Erkrankten gründlich desinficirt. Ferner wurden für die Arbeiter allgemeine Verhaltungsmassregeln gedruckt, um dieselben auf die Gefahren aufmerksam zu machen, und Desinfectionsmittel aufgestellt, damit kleinere Verletzungen durch Borsten oder Rosshaare gründlich desinficirt würden. Das Wirksamste wäre natürlich eine Desinfection des gesammten rohen Borsten- und Haarmateriales durch strömenden Dampf. Dadurch wird aber das Material in Farbe und Qualität so geschädigt, dass eine derartige Massregel die ganze, mehrere tausend Arbeiter beschäftigende Pinselindustrie Nürnbergs der fremden Concurrenz gegenüber matt setzen würde. Es ist also anzustreben eine internationale Vereinbarung, durch die allgemein die Desinfection allen Rohmaterials obligatorisch gemacht und so die Gefahr, die die Pinselindustrie für ihre Arbeiter hat, gemindert würde.

117. ***Einfluss des Rauchens auf die physische Entwicklung des Menschen.*** *Von Dr. **Jay Seaver**, New-York. (Med. Record. 1893. October. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 23.)*

Verf. kam auf Grund statistischer Beobachtungen, die er bei 187 Studenten machte, zu folgenden Resultaten: Beim Nicht-



raucher nahm das Körpergewicht um durchschnittlich 10·4% mehr als beim Gewohnheits-, und um 6·6% mehr als beim Gelegenheitsraucher zu. Im Längenwachsthum war der Nichtraucher um 24% gegenüber dem Gewohnheits- und um 14% gegenüber dem Gelegenheitsraucher im Vorsprung. Der Brustumfang ist beim Nichtraucher um 26·7% stärker als beim Gewohnheits- und um 22% als beim Gelegenheitsraucher entwickelt. Der stärkste Unterschied fand sich bei der Lungencapacität, welche bei Nichtrauchern um 77·5% günstiger als bei Gewohnheits- und um 49 5% als bei Gelegenheitsrauchern ist. Dieser auf das Körperwachsthum schädliche Einfluss des Tabaks ist im Allgemeinen unterschätzt worden. Verf.'s Mittheilungen werden aber durch die Untersuchungen von Prof. *Hitchcock* bestätigt. Derselbe stellte seine Beobachtungen ebenfalls an Studenten, und zwar an denjenigen des Amberst College an. Von einem bestimmten Jahrgange wurden die Raucher von den Nichtrauchern getrennt und constatirt, dass die letzteren um 24% schwerer als die Raucher geworden, um 37% mehr als diese gewachsen und im Brustumfange um 42% mehr als sie zugenommen hatten. Was die Lungencapacität anbetraf, so war sie ebenfalls viel günstiger als bei den Rauchern.

Literatur.

118. ***Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung.*** *Von Dr. O. Rosenbach, a. ö. Professor an der Universität in Breslau. I. Hälfte (Bogen 1—25). Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.*

Wir besitzen, trotz aller literarischer Regsamkeit der Gegenwart, durchaus keinen Ueberfluss an Lehrbüchern über Herzkrankheiten und ein neues derartiges Werk wird zum Ereignisse auf dem Gebiete der medicinischen Literatur. Dies umsomehr, wenn, wie im vorliegenden Falle, der Ruf des Verf. als Kliniker von scharfer Beobachtungsgabe, als Arzt von reicher Erfahrung und als Schriftsteller von nicht gewöhnlichem Geiste gefestigt ist. Wir sind dann wohl berechtigt, ein g u t e s Buch zu erwarten, das dem Praktiker Belehrung, dem Kliniker Anregung bietet. Diese Erwartung wird, das lässt sich wohl behaupten, voll gerechtfertigt. Verf. bewegt sich, indem er uns durch das weite Gebiet der Herzkrankheiten führt, nicht in den viel befahrenen, abgeschliffenen Bahnen des Wohlbekannten, sondern er ist originell und begründet seine Anschauungen, wo sie von dem Altgewohnten abweichen, in eingehender und eindringlicher Weise. In dem ersten Capitel „Die Ziele der Diagnostik bei Herzkrankheiten" macht uns Verf. mit den Gesichtspunkten vertraut, welche er, abweichend von dem noch vor einem Jahrzehnte giltigen Standpunkte, in der Frage der Herzklappenfehler festhält und betont gegenüber der Aufstellung von festen Typen auf physikalisch-mathematischer Basis functionelle Prüfung, die Wichtigkeit die Initialsymptome aufzufinden, die Functionsstörung, die sich erst allmälig zur Erkrankung ausbildet, in ihren feinen Anfangserscheinungen aufzuspüren, die zahlreichen nervösen Störungen zu berücksichtigen und den (nicht gleich mit Hypertrophie und Dilatation oder mit Geräusch vergesellschafteten) ersten Graden

der Gewebsveränderung des Herzmuskels und der Arterien Beachtung zu schenken. Demgemäss betont Verf., dass er in seiner Darstellung sich nicht an die strenge Dogmatisirung des Stoffes und an bestimmte eingebürgerte Typen halten will, sondern die vielgestaltigen Erscheinungen schildert, wie sie in Wirklichkeit am Krankenbette zu finden sind, und ferner ausführlich darlegt, wie die Compensation im Organismus zu Stande kommt, denn von dieser hängt in letzter Linie das Befinden des Erkrankten und das Symptomenbild ab. Nicht die Erkrankung der Klappen ist das Besorgnisserregende, sondern die mangelhafte Form der Compensation. Diese Anschauungen führt der Verf. auch in dem zweiten Capitel, welches das hoch interessante Thema „Allgemeine Prognose der Herzkrankheiten" behandelt, des Weiteren in einer die Schablone scharf verurtheilenden und auf präcise Individualisirung hinzielenden Weise aus. Von der Erörterung ausgehend, dass die besondere Furcht, die gerade vor den Herzkrankheiten herrscht, in gewisser Beziehung ungerechtfertigt ist, analysirt Verf. die einzelnen, die Prognose beeinflussenden Momente. Er führt die Bedeutung der Geräusche auf ihr richtiges Mass zurück und zeigt, dass der Charakter dieser Geräusche für die Prognose nur eine sehr beschränkte Wichtigkeit hat. Er hebt die prognostischen Schlüsse hervor, die sich aus den Ergebnissen der Percussion ziehen lassen, insbesondere wenn sich durch die letztere die vorhandene Betheiligung des rechten Herzens feststellen lässt; betont aber, dass im Allgemeinen die aus der Percussion sich ergebenden Zeichen für Grössenzunahme und Arbeitsvermehrung des Herzens nur so zu verwerthen sind, dass man gleichzeitig mit dieser Untersuchung auch eine functionelle Prüfung der Form und der Art der Compensation vornimmt. Diese functionelle Prüfung bezeichnet der Verf. als das wichtigste Moment für die Prognose, denn sie belehre direct über die Breite der vorhandenen Compensation, über die Grösse der noch vorhandenen, zum temporären Ausgleich heranzuziehenden Vorräthe von Energie, über die Grösse des Reservevorrathes an leicht verwerthbaren Spannkräften und arbeitenden Maschinen. Darnach richte sich auch unser Handeln, denn die Grösse der Leistungsunfähigkeit müsse massgebend sein, um die Ansprüche an die Leistung des Kranken auf das Genaueste zu reguliren, damit diese Grenze der Compensation nie erreicht, geschweige denn überschritten werde. Ein weiteres prognostisches Moment bilden die socialen Verhältnisse. Die Prognose wird, so betont Verf. weiter, bei gleichen Ernährungsverhältnissen, bei Abwesenheit von Fieber und sonstigen Complicationen direct abhängen von der Schonung in Betreff körperlicher Anstrengung, die dem Kranken zu Theil werden kann, von dem Masse von Leistungen, denen er sich aus Gründen der Erhaltung der Existenz unterziehen muss. Und demselben Ideengange folgt die prognostische Abschätzung anderer Complicationen, wie der Gravidität, dann der Einflüsse von Erblichkeit, fieberhaften Erkrankungen, Lues, ferner der Erscheinungen von Seite des Nervensystems, wobei der Causalnexus zwischen Erregbarkeit und Herzerkrankung eine beachtenswerthe Beleuchtung erfährt, endlich des Verhaltens der Verdauung und des Pulses. In letzterer Beziehung wird eine gedrängte, aber präcise Deutung der Zeichen gegeben, welche der Puls namentlich als wichtiges Symptom für Diagnose und Prognose der Herzschwäche bietet. Zusammenfassend geht nach den bei diesen Deductionen dargelegten Anschauungen des Verf.'s die bei der Prognose der Herzkrankheiten zu stellende wichtigste Frage nicht nach dem Vorhandensein einer Veränderung der Klappen

oder nach einer bestimmten Localisation der Klappeninsufficienz, sondern dahin — und diese Fragestellung erscheint uns in der That für den Praktiker voll berechtigt —, ob eine fortschreitende, organische Störung des Ventilmechanismus vorhanden ist, ob überhaupt eine stärkere Anforderung an die Herzarbeit gestellt und ob eine besondere Inanspruchnahme einzelner Herzabschnitte bereits vorhanden ist oder doch in Aussicht steht (deshalb darf bei einem Klappenfehler die Prognose erst gestellt werden, wenn man jede Complication mit Fieber ausgeschlossen hat); denn nur davon hängen schliesslich der Verlauf und Ausgang der Erkrankung und die Vorschriften ab, die dem betreffenden Individuum bezüglich seiner Lebensweise zu geben sind. Durch diese Betonung der biologischen Folgen der Herzfehler ist es erklärlich, dass Verf. die von manchen Autoren gegebene Stufenfolge in der Gefährlichkeit der Herzfehler verwirft, sondern an die Stelle des mechanischen Schemas die Berücksichtigung des Einzelfalles mit seinen speciellen Verhältnissen setzt.

Der knappe, uns zugemessene Raum für die Besprechung des vorliegenden Werkes erlaubt uns nicht, weiter den klinischen Schilderungen des Verf. zu folgen und den Gang derselben anzudeuten oder gar zu skizziren. Wir müssen uns daher nur mit der Inhaltsangabe der folgenden Capitel begnügen, welche folgende Themata behandeln: Pseudocardiale Geräusche, musikalische Geräusche, das Herz im Fieber und in der Reconvalescenz (ein Capitel, das wir mit besonderem Interesse gelesen haben und welches auch therapeutisch viele Anregungen bietet. Verf. bringt die von ihm vertretene Auffassung, dass die fieberhafte Temperatursteigerung weder ein günstiges, noch ein ungünstiges Symptom, sondern eine mechanisch nothwendige Erscheinung ist, in ihren Beziehungen zur Therapie zur Geltung), Krankheiten des Herzbeutels, acute Endocarditis und Thrombose, Aetiologie und Pathogenese der Klappenfehler des Herzens, die Functionsstörungen des Ventilapparates am Ostium venosum sinistrum, die Functionsstörungen am Aortenostium, die Ventilapparate am rechten Herzen, Dextrocardie, Missbildungen und Entwicklungsfehler, die Entstehung und Bedeutung des Galopprhythmus, die diagnostische Bedeutung des diastolischen und systolischen Doppeltones, Hemisystolie, Herzbigeminie und Meiosphygmie, Sclerose der Kranzarterien, Asthma cardiale, Stenocardie und psychisches Asthma, Herzpalpationen.

Wir sind auf den zweiten Theil des Werkes, das an die Schaffensfreudigkeit und Arbeitskraft des Verf. die höchsten Anforderungen stellt, sehr gespannt und überzeugt, dass er dem hochbefriedigenden Erfolge des ersten Theiles entsprechen wird. Die Verlagsbuchhandlung hat die äussere Ausstattung in bester Weise besorgt. Prof. *Kisch.*

119. ***Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik.*** *Anatomie, Physiologie, Histologie, Pathologische Anatomie, Allgemeine Pathologie, Bacteriologie, Physiologische Psychologie, Medicinische Chemie, Physik und Zoologie, Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte. Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner herausgegeben von Doctor* ***Johannes Gad,*** *a. o. Professor der Physiologie an der Universität Berlin. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893. I. Band. (Lieferung 1—20.) A—Entwicklungskrankheiten.*

Selten wurde ein literarisches Unternehmen von in den mannigfachen Richtungen der ärztlichen Praxis und Wissenschaft wirkenden Fachgenossen mit so allgemeiner Zustimmung begrüsst wie die Schaffung

eines Real-Lexikons der grundlegenden Wissenschaften der Medicin. Gerade die Fortschritte der einzelnen praktischen Specialfächer und die hierdurch erzielte Arbeitstheilung in der Forschung ermöglichten es, dass die Vertreter der klinischen Doctrinen, um diese zu fördern, selbst daran gehen konnten, für ihr Arbeitsgebiet die entsprechenden theoretischen Grundlehren zu befragen und dort, wo das nothwendige Fundament noch nicht gegeben war, an die Beschaffung der Grundlehren mitzuwirken — also dieselben zu entwickeln. So musste — um nur ein Beispiel anzuführen — die wissenschaftliche Hydrotherapie, als sie die thermischen und chemischen Wirkungen des Wassers auf den lebenden menschlichen Organismus prüfen wollte, selbst Hand anlegen, um durch calorimetrische Messungen und Stoffwechselversuche die unentbehrlichen Grundpfeiler für eine rationelle Lehre der Verwendung des Wassers als Heilmittel aufzurichten. Bedenkt man überdies, welche Anregungen die rein theoretischen Doctrinen durch die vervielfachten Beobachtungen der Praktiker erfahren, und dass dieselben keineswegs auf unfruchtbaren Boden fallen, so ist es einleuchtend, dass selbst die tüchtigsten Aerzte zur Ueberzeugung gelangen mussten, dass sie aus dem herandrängenden Strome der neuen Errungenschaften auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie, Bacteriologie u. s. w. nur schwierig in jener ausgiebigen Weise Rath und Belehrung zu schöpfen vermögen, als dies im Interesse ihrer fachlichen Fortbildung und Leistungsfähigkeit erwünscht wäre. Demgemäss war also unter den Aerzten entschieden das Bedürfniss nach einem literarischen Unternehmen vorhanden, welches, wie das „Lexikon der medicinischen Propädeutik“, dem praktischen Arzte die Gelegenheit bietet, sich auf kürzestem Wege über die theoretischen Grundlagen zu belehren, deren er bald zum Behufe des Verständnisses der neueren klinischen Arbeiten, bald zur Prüfung und Beurtheilung der eigenen Beobachtungen, bald als Anregung zu weiterem Schaffen bedarf. Die scharf umgrenzte Darstellung der einzelnen Schlagworte genügt, um den Praktiker mit dem wesentlichen Inhalte der Materie bekannt zu machen und erspart ihm das mühevolle Durchsuchen der Jahresberichte, ferner kleiner und grosser Specialwerke, in denen er Gefahr läuft, den Baum vor lauter Wald zu übersehen. Es handelt sich eben um jene kurze Belehrung, besser gesagt Orientirung, deren der Arzt als Vertreter eines grossen, in stetem Wachsen befindlichen Wissensgebietes zur Zeit unmöglich entrathen kann und um die zu erreichen der kürzeste Weg auch der beste ist. Jedoch auch der medicinische Gelehrte, sei er Theoretiker oder Kliniker, wird das „Lexikon der medicinischen Propädeutik“ mit Vortheil benützen, um sich über Fragen zu orientiren, die vor kurzer Zeit ohne Beziehung zu seinen Agenden, durch eine neue Entdeckung mit denselben in näherem Zusammenhang kommen. So mag sich z. B. der Chirurg dermalen wegen der Frage der „Aseptik durch Dampfsterilisation“, über die Abhängigkeit des Siedepunktes einer Flüssigkeit von den darin in Lösung befindlichen Stoffen oder auch von dem Luftdruck u. A. belehren wollen.

Der vorliegende erste Band des Real-Lexikons der medicinischen Propädeutik (A—Entwicklungskrankheiten) belehrt uns nicht nur über den Reichthum an fachlichem Wissen, welcher darin geboten wird, man ersieht aus demselben zugleich, dass sowohl der Herausgeber als die Mitarbeiter des Werkes — unter denen wir hervorragenden Vertretern ihres Faches begegnen —, von der schwierigen Aufgabe überzeugt, sich der Lösung derselben mit grossem Eifer widmeten und eine den



Zwecken des Werkes entsprechende einheitliche Form der Darstellung erzielten. Leider macht die Fülle vorzüglicher Artikel aus allen Gebieten es schwer, eine kurze Auswahl zur Nennung zu treffen, ohne sehr Verdienstliches dabei zu verschweigen. Wir müssen daher den Leser selbst zur Prüfung des Werkes auffordern; er wird sich dann auch überzeugen, dass in dem „Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik" die einzelnen Doctrinen gerade mit jener Ausführlichkeit behandelt werden, welche sie nach ihrer Stellung in der Gesammtmedicin, also nach ihrer Dignität unter den medicinischen Fächern beanspruchen, so dass in erster Linie das für den Mediciner Massgebende zum Ausdrucke gelangt. Dass ein solches Lexikon auch für den Studirenden der Medicin als Repetitorium und Nachschlagebuch von grösstem Werthe ist, bedarf wohl keiner besonderen Erörterung. Druck, Illustrationen und Ausstattung verdienen alles Lob. *—sch.*

120. ***Technik der Massage*** *von Dr.* ***Albert Hoffa,*** *Privatdocent für Chirurgie in Würzburg. Mit 29 theilweise farbigen Abbildungen im Text. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893. VIII und 74 S. gr. 8°.*

Verf., der bekannte Vorkämpfer für das völlige Verbot der Laienmassage, hat mit der vorliegenden kurzen Schrift gewiss einen erfolgreichen Schritt zur Verwirklichung seines oben genannten Strebens ausgeführt. Denn erst, wenn die Aerzte selbst die Technik der Massage verstehen, und diese als therapeutisches Agens zu handhaben im Stande sein werden, erst dann werden die Laienmasseure ihre eigentliche Existenzbedingung verloren haben. Nun sagt uns ja Verf. in der Einleitung ganz klar, warum die Massage durch Laien eigentlich unmöglich ist. „Wenn es schon für ausgebildete Aerzte nicht leicht ist, sich die nöthige Technik zu erwerben, wenn es ferner gar nicht leicht ist, einem gebildeten Arzte die Palpation pathologischer Producte, z. B. an den Gelenken, an den Muskeln bei rheumatischen Affectionen u. s. w. beizubringen, ist es da nicht ganz unmöglich, auch den mit dem besten Willen kommenden Laien in diesen Sachen zu unterrichten?" Das vorliegende Büchlein bringt wesentlich das, was Verf. in seinen praktischen Cursen der Massage und Heilgymnastik seit Jahren gelehrt hat. Man kann die verschiedenen Handgriffe der Massage und die specielle Technik der Massage an den dieser zugänglichen Körperstellen kaum kürzer und dabei mit genügender Gründlichkeit darstellen, als es Verf. in der vorliegenden Schrift gelungen ist. Zahlreiche Zeichnungen illustriren die Handgriffe und die einzelnen Gegenden des Körpers, wo dieselben zur Anwendung kommen. Wir sind überzeugt, dass Verf.'s Schrift zahlreiche Aerzte, „die allein berufen sind, die Massage auszuführen", für Anwendung dieses dankbaren Heilverfahrens gewinnen und vorbereiten wird. *—r.*

Kleine Mittheilungen.

121. ***Geschwefelte Nüsse und Krachmandeln.*** Der Oberste Sanitätsrath in Wien erliess eine Warnung gegen den übermässigen Genuss von Nüssen und Krachmandeln von auffallend lichtgelbem Aussehen, da diese Farbe und das frische Aussehen der Nüsse durch einen Schweflungsprocess hervorgerufen werde. In dem Gutachten wird ausgeführt, dass durch das Schwefeln nicht nur die äussere Schale, sondern auch die Haut der Nusskerne gebleicht wird und dass in 100 Grm. Kernen von geschwefelten Nüssen 16 Mgrm. schwefliger Säure nachgewiesen



werden konnten. Insbesondere die unter den Namen „Grenobler" und „Französische Nüsse" bekannten Sorten sind durchwegs geschwefelt. Krachmandeln sind alle geschwefelt und kommen schon in diesem Zustande vom Auslande in den Handel, und zwar ergab die Untersuchung in 100 Grm. Kernen von Krachmandeln 13 Mgrm. schwefliger Säure. (Das österr. Sanitätswesen. 1893. — Pharm. Ztg. 1893.)

122. ***Oberflächliche Epitheliome*** behandelt *Darier* mit Chromsäure. Die Epitheliome werden mit Chromsäure (1 : 5) alternirend mit concentrirter Methylenblaulösung (1 : 10) behandelt. Um den Medicamenten das Eindringen in die Tiefe zu ermöglichen, werden Krusten vorerst entfernt, verhornte Partien mit dem Galvanokauter bestrichen.

(Semaine méd. 1893. 37. — Wiener medic. Wochenschr. 1893. 94.)

123. ***Ein Fall von mörderischer Erdrosselung eines Erwachsenen mit ausgedehnter Fractur des Kehlkopfes.*** *Von Th. Stevenson, M. D., und W. Carling. (Lancet. 1893. 25. Febr. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 9.)*

Ein 42jähriger Mann war von vorn gewürgt worden, er wurde todt aufgefunden. Bei der Section fand sich das Zungenbein gebrochen, der Schildknorpel in drei Stücken, ausserdem waren die oberen Hörner desselben abgebrochen, der Ringknorpel gebrochen und über einen Centimeter nach der Seite verschoben. Die ganze vordere Halsseite war stark mit Blut unterlaufen. Solche Fälle directer Würgung bei Erwachsenen sind selten.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Hennig, Dr. Carl, Professor der Medicin in Leipzig. Die Krankheiten der Thymusdrüse. Tübingen 1893, Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung.

Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Herausgegeben von der k. k. niederösterreichischen Statthalterei. I. Jahrgang, 1892. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1893.

Sammlung klinischer Vorträge, begründet von *Richard v. Volkmann.* Neue Folge. Herausgegeben von *Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb* und *Franz v. Winckel.* Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel, 1893.
- Nr. 82/83. *E. Luther,* Ueber die Gonorrhoe beim Weibe.
- Nr. 84. *Ferdinand Bähr,* Ueber Compressionsbrüche des Fersenbeines.
- Nr. 85. *Julius Schreiber,* Die Dilatationswunde, ihre Zusammensetzung und Anwendung in diagnostischer und therapeutischer Beziehung.
- Nr. 86. *Nasse D.,* Die Exstirpation der Schulter und ihre Bedeutung für die Behandlung der Sarcome des Humerus.
- Nr. 87. *Klein Stanislaus,* Die diagnostische Verwerthung der Leucocytose.
- Nr. 88. *Köttnitz A.,* Ueber Beckenendlagen.

Zuckerkandl, Dr. E., Professor der Anatomie in Wien. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. I. Band. Zweite, umgearbeitete Auflage. Mit 34 lithographirten Tafeln. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, 1893.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

124. *Trepanation und Jackson'sche Epilepsie.*

*Von Dr. **Verchère**, Paris.*

(Revue de chir. 1893. 3.)

In Folge der Fortschritte in der topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten ist die Trepanation, früher fast ganz verlassen, heute eine curative Operation geworden, mittelst welcher man sich einen Weg bis zum Orte des Leidens zu bahnen, dasselbe zu beseitigen und damit die krankhaften Erscheinungen zu heben sucht. Sie ist heutzutage zur Craniectomie geworden.

Auch gegen die essentielle Epilepsie hat man bei der geringen Macht der sonstigen Therapie die Trepanation versucht. Die Resultate, welche *Lucas Championnière* in 13 von *Dumas* mitgetheilten Fällen hiermit erzielte, sind jedoch nicht besonders ermunternd. Dagegen hat *Girard* in Grenoble am letzten Congresse französischer Chirurgen einen Fall mitgetheilt, wo er durch Trepanation vollständige Heilung einer essentiellen Epilepsie erzielte.

Neben der allgemeinen Epilepsie, wie Verf. die essentielle Epilepsie besser zu bezeichnen glaubt, gibt es aber eine andere Form, welche seit den Arbeiten von *Hughling Jackson* zwar nicht vollkommen von der ersteren getrennt, aber doch unterschieden werden muss; sie ist localisirt und wird vom Patienten vorausgefühlt, kann spontan aber auch traumatischer Natur sein.

Nach *Velter* handelt es sich bei der idiopathischen Epilepsie um eine Anhäufung corticaler Reizung in den sensitiven und sensoriellen Centren vor dem Anfalle und eine Art Entladung, welche zuerst die subcorticalen Centren und sodann im Stadium convulsivum auch die motorischen Centren trifft. In der *Jackson*'schen Epilepsie würden die corticalen Centren zuerst getroffen, die subcorticalen erst später. Aber beide Arten können nach der Meinung von *Féré* die Folgen eines Trauma sein, dessen Schwere mit der Intensität der dadurch hervorgerufenen Erscheinungen häufig nicht im Einklange steht. Die Neuropathologen kommen immer mehr dahin, diese beiden Affectionen sowohl vom Standpunkte der Pathogenese wie der pathologischen Anatomie zu identificiren.

Gerade nun in der *Jackson*'schen Epilepsie mit makroskopischen Veränderungen hat die Trepanation die besten und vollkommensten Resultate erzielt. In dieser Krankheitsform kann ein Knochen-



splitter, eine Schädeldepression, eine Blutcyste, eine bleibende Fistel, ein alter meningo-encephalitischer Herd oder eine cerebrale Hämorrhagie Ursache der epileptischen Anfälle sein und es ist leicht begreiflich, wie die Behebung dieser verschiedenen Ursachen die Convulsionen unterdrücken kann.

Aber auch in den spontanen Fällen, d. h. wo durch das Trauma greifbare makroskopische Veränderungen nicht gesetzt wurden, und solche Fälle *Jackson*'scher Epilepsie kommen vor, lassen die bis jetzt durch die Trepanation erzielten günstigen Resultate auf eine gute Heilwirkung dieser Operation hoffen.

Verf. hat am 18. April 1890 einen jungen Mann mit *Jackson*-scher Epilepsie ohne nachweisbare Verletzung mit sehr gutem Erfolge trepanirt (Krankengeschichte im Originale) und hat aus der französischen und fremdländischen Literatur im Ganzen 22 Fälle *Jackson*'scher Epilepsie zusammengestellt, bei welchen die Craniectomie bei vollständiger Abwesenheit jedweder makroskopischen Veränderungen gemacht worden war. In diesen (mit des Verf.'s Falle) 23 Fällen waren bei 10 die Anfälle localisirt, bei 13 allgemein; jedoch liessen sich bei allen die Symptome auf eine locale Ursache zurückführen, auf einen constanten Ausgangspunkt oder mit einer localisirten intermittirenden Paralyse. Davon wurden durch die Operation 13 geheilt, 7 gebessert, 3 blieben ungeheilt. In mehreren Fällen beobachtete man auch mit der Heilung einen ganz deutlichen günstigen Einfluss auf den Geisteszustand, Wiederkehr des Gedächtnisses, Erwachen der Intelligenz. Diese Resultate sind also ganz befriedigende und zur weiteren Verfolgung aufmunternd.

Gestützt auf seinen eigenen Fall ist Verf. der Ansicht, dass es nicht nothwendig sei, das motorische Centrum der epileptischen Anfälle bei der Operation zu entfernen, denn in jenem Falle hat die Trepanation allein genügt, die Reizung zu entfernen, und andererseits sind nach der Operation solche Erscheinungen, nämlich vorübergehende localisirte Paralysen, aufgetreten, wie man sie sonst bei Excision des excitatorischen Centrums beobachtet.

Die *Jackson*'sche Epilepsie wird nach *Hofmann* durch Druck auf die Rindenschichte des Gehirnes hervorgerufen und er erklärt die Wirkung der Craniectomie auf das Gehirn gleich der Iridectomie beim Glaucom.

Von diesem Gesichtspunkte aus ist Verf. auch gegen die Reimplantation des Knochens, wie sie *Mac Ewen* und *Julius Wolf* nach der Trepanation machen, weil dadurch die Verhältnisse dieselben wie vor der Operation bleiben und somit die Anfälle wieder auftreten müssen, wofür Beobachtungen aus der Praxis wie Experimente sprechen.

Verf. kommt nach Besprechung mehrerer Verbesserungen in der Methode der Operation zu folgenden Schlüssen:

1. Die Craniectomie ist als curative Operation bei der *Jackson*-schen Epilepsie wegen ihrer günstigen Resultate selbst in jenen Fällen, in denen man keine mechanischen Veränderungen als Ursachen der epileptischen Anfälle gefunden hat, angezeigt.

2. Selbst ohne Excision des motorischen Centrums als Ausgangspunktes der Initialsymptome kann die Craniectomie von all-

gemeinen und partiellen Paralysen gefolgt sein, welche ganz jenem Bilde gleichen, welches die Operateure nach Ausführung dieser Excision beobachtet haben.

3. Es erscheint unnütz und vielleicht schädlich, die Entstehung von Narben und Adhäsionen zu begünstigen, da dieselben die Krankheit, die man entfernen wollte, wieder hervorzurufen im Stande sind.

4. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Craniectomie eine Entlastung des Gehirnes von einem Drucke herbeiführt und es erscheint daher rathsam, die Craniectomie möglichst weit zu machen und zur Diagonale gleich die ganze *Roland*'sche Furche mit den sie begrenzenden Windungen zu nehmen,

5. Die Reimplantation des Knochens ist nicht auszuführen, weil eine zu rasche Wiederherstellung der Schädelvertiefung zu befürchten ist und so der günstige Effect der Operation in Frage gestellt wäre. Dr. *Baaz*, Graz.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

125. ***Ueber Resorption und Secretion im Magen und deren Beeinflussung durch Arzneimittel.*** *Von J. Brandt. (Zeitschr. f. Biologie. Bd. XXIX. Heft 3.)*

Verf. benutzte zu seiner Arbeit die Methode *Tappeiner's,* welche gestattet, den Magen nur temporär von den tieferen Abschnitten des Verdauungscanals zu isoliren. Sie besteht darin, dass man einem Hunde eine dauernde Magenfistel möglichst in der Nähe des Pylorus anlegt und dann für die Dauer des betreffenden Versuches das Ostium gastro-duodenale durch einen aufgeblasenen Kautschukballon verlegt. Ist der Versuch so weit gediehen, so injicirt man durch die Fistel eine abgemessene Menge der auf ihre Wirkung, ihre Resorption etc. zu studirenden gelösten Substanz, klemmt die zuleitende Canüle ab und lässt die Flüssigkeit einige Stunden im Magen. Dann wird eine bestimmte Menge Natriumsulfat, dessen Schwefelsäuregehalt genau bekannt ist, nachgeschickt, das Versuchsthier kräftig geschüttelt, um den Mageninhalt mit dem Glaubersalz gleichmässig zu vermengen, und dann einige Proben des Mageninhaltes durch die Fistel abgelassen. In diesen Proben wird der Gehalt an Glaubersalz und an der zu prüfenden Substanz analytisch festgestellt. Aus diesen Bestimmungen kann man, wenn die Gesammtmenge des injicirten Natriumsulfats bekannt ist, die Quantität der im Magen noch enthaltenen also nicht resorbirten Substanz durch Rechnung finden. Bezeichnet man nämlich den Gehalt der Probe an Schwefelsäure mit S, den Gehalt der Probe an Versuchssubstanz mit V, die Gesammtmenge der in dem injicirten Glaubersalz enthaltenen Schwefelsäure mit S_1, so wird die Menge der im Magen noch vorhandenen Versuchssubstanz aus der Proportion berechnet: $S : V = S_1 : x$. Die vom Verf. angestellten Resorptionsversuche betrafen Traubenzucker, Pepton und Jodnatrium. Letzteres wurde als Repräsentant der Salze deswegen gewählt, weil der Nachweis des — praktisch wichtigeren — Chlor-

natriums durch die im Magensaft enthaltene Salzsäure erschwert worden wäre. — Zunächst berichtet Verf. über die Resorption jener Substanz aus wässerigen Lösungen. Es zeigte sich, dass die Resorption von der Concentration der eingeführten Lösung wesentlich abhing. Der Schwellenwerth, unter welchen nicht heruntergegangen werden durfte, betrug 3—5%. Lösungen nach geringerer Concentration wurden so gut wie gar nicht resorbirt. — Steigert man die Concentration, so nimmt die Resorption rasch zu; sie erreicht ihr Maximum bei Anwendung von 17—20%igen Lösungen. Noch stärkere Concentrationen wirkten schädigend auf die Magenschleimhaut ein: dieselbe schien abnorm hyperämisch und war mit reichlichen Schleimmassen bedeckt, ein Befund, welcher z. B. die Unzuträglichkeit allzu süsser Speisen zu erklären scheint. Bei seinen Versuchen über die Resorption derselben Substanzen aus alkoholischen Lösungen kam Verf. wie vor ihm *Tappeiner* und *Segall* zu dem Resultat, dass der Zusatz von Alkohol sehr beschleunigend auf die Resorption wirke. Der Zusatz von 20% Alkohol steigerte die Resorption auf das Fünffache, so dass z. B. von einer 1%igen alkoholischen Jodnatriumlösung in gleicher Zeit ebenso viel resorbirt wurde als von einer 5%igen wässerigen. Es erhebt sich nun die Frage, in welcher Weise diese resorptionsfördernde Wirkung des Alkohols erklärt werden kann. Zur Beantwortung dieser Frage musste zunächst das Verhalten des Alkohols selbst klargestellt werden. Es zeigte sich, dass injicirter Alkohol im Laufe von zwei Stunden so vollständig vom Magen aus resorbirt wurde, dass keine Spuren mehr durch Destillation nachgewiesen werden konnten. Es ist wohl möglich, dass ein grosser Theil der günstigen Wirkungen, welche die Aerzte den alkoholischen Genussmitteln in acuten Schwächezuständen zuschreiben, darauf zurückzuführen ist, dass der Alkohol so rasch und so vollständig vom Magen aus resorbirt zu werden vermag. — Ob nun die im Alkohol gelösten Substanzen rein mechanisch durch den lebhaften (Diffusions-?) Strom, mit dem der Alkohol der Magenwand durchdringt, mit fortgerissen wurden, oder durch seine örtlich reizenden Wirkungen eine erhöhte Hyperämie und dadurch eine Erregung von sensiblen Nerven oder resorbirenden Zellen hervorrufe, stellte Verf. Resorptionsversuche mit Zusatz von Gewürzen an (Kochsalz, Senföl, Pfeffer, Pfefferminzöl, Orexin). Da sich in allen diesen Versuchen, wo von einem lebhaften Diffusionsstrom kaum die Rede sein konnte, eine ähnliche Steigerung der Resorption zeigte, wie in den Alkoholversuchen, so glaubt Verf. auch die Wirkung des Alkohols auf seine örtlich reizenden Eigenschaften beziehen zu sollen. — Die interessanten Ergebnisse, welche die längst bekannten „appetitreizenden und verdauungsbefördernden“ Wirkungen jener Substanzen erklären, legten es nahe, auch die Bitterstoffe (Amara) in das Bereich derartiger Untersuchungen zu ziehen; es kommt jedoch den geprüften Bitterstoffen eine die Resorption befördernde Wirkung nicht zu. Ferner prüfte Verf. die Resorption aus schleimigen Lösungen: Stärke, Gummi arabicum und Mucilago radic. Althaeae. Das Resultat dieser Versuche war ein völlig einheitliches: allen kommt eine exquisit resorptionshemmende Wirkung zu, da sie die Eigenschaft besitzen, örtliche Reize abzuschwächen.



Jene Stoffe werden dadurch in einen interessanten pharmakologischen Gegensatz zu den Gewürzen gesetzt. *Hertzka*, Carlsbad.

126. ***Zwei interessante Krankheitsfälle, veranlasst durch Zahnaffectionen.*** *Von Dr. Thiesing, Hildesheim. (Deutsche Monatsschr. f. Zahnhk. 1893. 3. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 87.)*

Im ersten Falle handelte es sich um eine 45 Jahre alte, sonst gesunde Dame, welche ohne besondere Veranlassung den Geruch fast vollständig verloren hatte. Einer der behandelnden Aerzte schickte die Kranke zum Zahnarzt und es fanden sich verschiedene cariöse Wurzeln, sowie sehr grosse Ansammlungen von Zahnstein. Acht Tage nach Entfernung der schlechten Zähne und des Zahnsteins meldete die sehr erfreute Patientin, dass der schlechte Geschmack geschwunden und der seit zwei Jahren vermisste Geruch vollständig wiedergekehrt sei.

Der zweite Fall betraf ein junges Mädchen, welches seit Monaten nicht im Stande war, Morgens nach dem Aufstehen die Finger der linken Hand zu strecken. Erst im Laufe des Tages konnten die Finger durch passive Bewegungen nach und nach zur Streckung gebracht werden Die Patientin kam zum Verf., weil sie glaubte, die Muskelcontraction würde hervorgerufen durch kranke Zähne, da sie Morgens heftige ziehende Schmerzen im linken Unterkiefer hatte, die sich dann auf den linken Arm und die linke Hand fortpflanzten, nach und nach am Tage aber schwanden. Im linken Unterkiefer befand sich ein sehr defecter erster Mahlzahn, welchen Verf. extrahirte. Als die Patientin nach einiger Zeit wiederkam, waren die Schmerzen weg, die Beweglichkeit der Finger noch nicht ganz normal, aber doch so, dass man auf eine vollständige Besserung hoffen durfte.

127. ***Ueber latente Hirnherde.*** *Von Dr. Gottfried Schmid. Aus der med. Klinik d. Prof. Eichhorst in Zürich. (Virchow's Archiv. Bd. CXXXIV. Heft 1. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 45.)*

Die Zusammenstellung der bereits intra vitam und der erst bei der Section diagnosticirten Herderkrankungen im Gehirn zeigt, dass mehr als ein Drittel aller durch die Section constatirten Centralherde klinisch latent verlaufen. Latent muss auch ein Hirnherd bezeichnet werden, der diffuse Hirnsymptome hervorruft, denn diese haben für die Localdiagnostik keine Bedeutung. Unter den vom Verf. zusammengestellten 39 Fällen solcher latenter Hirnherde war die innere Kapsel 6mal latent erkrankt. 4mal sass der Herd im vorderen Schenkel, 2mal fehlte genaue Localisationsbestimmung. Alle diese Fälle betreffen Blutungen, beziehungsweise Erweichungsherde, meist schon längere Zeit bestehend, mit fast nur geringer räumlicher Ausdehnung. Corpus striat. und Capsula ext. ist auch nach den Befunden des Verf. oft Sitz der latenten Hirnherde. Die genaue Localisation im Linsenkern ist für die symptomatische Latenz ohne wesentliche Bedeutung, ebenso wie der Sitz kann die Grösse sehr variiren (über Mandelgrösse). Der Nucleus caudat. bildete 6mal den Herd einer in vivo latenten Erkrankung (1mal Solitärtuberkel, 5mal Blutungen, beziehungsweise Erweichungen), nur 1mal beträchtliche Ausdehnung, immer war die Erkrankung älteren Datums. Die äussere Kapsel war 2mal latent erkrankt, beide Male waren es ältere Erweichungscysten. Die Literatur-



angaben, dass bei Thalam. opt.-Herden Erscheinungen von Hemichorea und Athetosis fehlen können, werden bestätigt. Eine 3—4 Mm. im Durchmesser haltende Geschwulst in der sogenannten Stria cornea verlief symptomenlos. Ebenso sind Läsionen auch von grosser Ausdehnung im Centr. semiovale sehr häufig in vivo latent. Weiter fand sich zugleich mit der in Rede stehenden Localisation auch die darüber liegende graue Rinde mehr oder weniger erheblich zerstört, ohne dass im Leben die geringste Störung seitens der Motilität, Sensibilität, der Sprache u. s. w. nachweisbar war. Nur 2mal lagen latente Erkrankungsherde in der sogenannten positiven Zone der Rindenabschnitte (zu dieser gehören die beiden Centralwindungen, der Lobulus paracentralis, der Fuss der dritten linken Stirnwindung [Rechtshänder], Pars opercularis, Inselwindungen links, obere Temporalwindung links, eventuell auch Parietalwindungen und Cuneus und linke Occipitalwindung, während die übrigen Rindengebiete bei Läsionen keine Herdsymptome machen). Diese beiden Beobachtungen also sprechen dafür, dass die beiden Gyri central. und Lobul. paracentr. nicht in allen ihren Theilen für die motorische Innervation der Extremitäten, beziehungsweise des Facialis und Hypoglossus Bedeutung haben. Ferner können bei ausgedehnter Erweichung in der Rinde des linken Temporallappens Störungen der Motilität, Sensibilität und Sprache fehlen. Von anderen Abschnitten des Centralnervensystems können latent afficirt werden der Pons, das Kleinhirn (der Sitz der Erkrankung war gewöhnlich in beiden Hemisphären), das Crus cerebelli, die Hypophysis cerebri, Zirbeldrüse, Plex. chorioid. und Wandung des vierten Ventrikels.

128. ***Motorische Neurosen des Herzens.*** *Von* ***G. W. Jacoby.*** *(New-York med. Journ. 1893. April. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 44.)*

Verf. bespricht diejenigen Formen von Störungen der Herzthätigkeit, welchen keinerlei anatomische Veränderungen, weder am Herzen, noch an anderen Organen zu Grunde liegen. Er trennt sie in intermittirende, irreguläre, abnorm langsame und abnorm schnelle Herzaction. Sie werden nicht selten reflectorisch vom Magendarmcanal aus hervorgerufen, finden sich häufig bei Neurasthenie und in Folge verschiedenerlei psychischer Einflüsse; in den meisten Fällen sind Intoxicationen, besonders Alkohol und Tabak, die Ursache. Bradycardie findet sich als reine Herzneurose nur sehr selten, so bei *Seeligmüller's* Neurasthenia cordis, dann vielleicht bei manchen Fällen von Epilepsie. Eine eigentliche Neurose bildet dagegen die paroxysmale Tachycardie. Verf. betont den Gegensatz zwischen der starken Herzaction und der geringen Spannung des Pulses; hierdurch unterscheidet sich diese Form der Tachycardie von der Pulsbeschleunigung, wie sie bei *Basedow*'scher Krankheit auftritt. Die Theorien, welche die der paroxysmalen Tachycardie zu Grunde liegende Störung im Vagus, Sympathicus, in pulsbeschleunigenden oder pulsverlangsamenden Centren im Hirn oder in den Herzganglien suchen, sind sämmtlich nicht genügend gestützt. Nach Verf.'s Ansicht handelt es sich um eine bulbäre Neurose, um eine Störung der normalen Wechselwirkung von Vagus und Accelerans. Für eine derartige Annahme sprechen insbesondere jene Fälle, bei denen zu der bestehenden



paroxysmalen Tachycardie später bulbäre Herderscheinungen hinzutreten. Es bildet sich hier offenbar, wie in einer ganzen Reihe neuerdings bekannt gewordener Nervenleiden, aus einer rein functionellen Störung allmälig eine organische Erkrankung aus.

129. ***Zur Kenntniss der Darmaffectionen bei Nephritis und Urämie.*** *Von Dr. Fischer. (Virchow's Archiv. Bd. CXXXIV. Heft 3. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 3.*

Verf. kommt auf Grund eines anatomisch wie klinisch sorgfältig ausgewählten Materiales zu dem Schlusse, dass die chronische Nephritis zunächst chronisch catarrhalische Zustände der Darmschleimhaut hervorrufe. Die unter solchen Verhältnissen eintretende diphtheritische Enteritis ist nur eine Steigerung der schon vorhandenen Darmaffection. Dass solche Steigerungen gerade im Dickdarm oder unteren Ileum, im Cöcum, der Flexura hepat. und lienalis der Höhe der Falten entsprechend auftreten, erklärt sich daraus, dass diese Theile am längsten mit dem Darminhalt in Berührung bleiben und der Wirkung der Darmbacterien am meisten ausgesetzt sind. Die vielfach gemachte Annahme, dass es sich um eine Anätzung der Schleimhaut durch aus ausgeschiedenem Harnstoff entstandenes kohlensaures Ammoniak handle, ist in dieser Allgemeinheit jedenfalls nicht richtig, obwohl jenem Stoffe eine Antheilnahme an der Erregung der Entzündung zukommen mag.

130. ***Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus.*** *Von Prof. Dr. **Sahli**, Bern. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LI, pag. 451. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1893. 21.)*

Der acute Gelenkrheumatismus wird zu den Infectionskrankheiten gezählt, obschon es noch nicht gelungen ist, den Infectionsträger herauszufinden. Verschiedene Autoren haben allerdings, sei es im Gelenkinhalt, sei es in den den acuten Rheumatismus begleitenden endocarditischen Efflorescenzen Mikroorganismen gefunden, ohne aber ihren Befund in einem bestimmten Zusammenhang zur bestehenden Affection bringen zu können. Die Fälle sind ziemlich selten, welche mit einer reinen Polyarthritis rheumatica, ohne Verunreinigung des Krankheitsbildes durch Eiterung oder irgend eine intercurrirende Affection zur Section kommen. Verf. kam in die Lage, einen solchen Fall seciren und bacteriologisch untersuchen zu können, und ist dadurch zum ersten Male im Besitze eines vollständigen Bildes einer acuten rheumatischen Infection gelangt. — Die Patientin, mit typischem acutem Gelenkrheumatismus behaftet, complicirt durch doppelseitige Pleuritis, Endo- und Pericarditis, starb ziemlich plötzlich, als der Rheumatismus noch in voller Evolution war. Bei der kurz nach dem Tode vorgenommenen Section wurde von den endocarditischen Efflorescenzen, den geschwellten Bronchialdrüsen, der Synovialmembran des rechten Kniegelenks, vom Gelenkinhalt, vom Pericard und vom Blute aus dem linken Ventrikel unter allen üblichen Cautelen abgeimpft und bacteriologisch untersucht. Ausser den mit Gelenkflüssigkeit abgeimpften Röhrchen, welche steril blieben, gingen die meisten Culturen an. Es entwickelten sich überall Reinculturen eines gelbgefärbten Staphylococcus, der in seinen culturellen Eigenschaften, sowie in seinen Reactionen gegen Farbstoffe, mit dem Staphylococcus citreus völlig übereinstimmte, im Gegensatz zu diesem



aber, sich für Kaninchen, Meerschweinchen und Ziegen als nicht pathogen erwies. — In welchem Zusammenhang steht nun dieser Mikroorganismus zur vorhandenen rheumatischen Erkrankung? Ist er als der eigentliche Erreger derselben aufzufassen, oder ist er nur ein zufälliger Befund, von einer Secundärinfection herrührend und ohne Bedeutung für den Rheumatismus? Wenn auch diese Frage sich nicht mit aller Bestimmtheit beantworten lässt, so neigt doch Verf. zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem gefundenen Mikroorganismus und der vorliegenden Erkrankung. Die völlige Abwesenheit irgendwelcher auf eine andere Infection zu deutender Symptome (Eiterung), die allgemeine Verbreitung des Mikroorganismus auf alle erkrankten Stellen deutet mit Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass der gefundene Staphylococcus der vorhandenen rheumatischen Affection nicht vollständig fremd war. Dieser Befund ist ferner ein Beweis mehr dafür, dass die sogenannten Complicationen des Gelenkrheumatismus (Endo-, Pericarditis, Pleuritis) ätiologisch nicht als eigentliche Complicationen, sondern als besondere Localisationen aufzufassen sind. — Woher kommt es aber, dass wir auf einmal krankhafte, von einem exquisiten pyogenen Mikroorganismus hervorgerufene Erscheinungen beobachten, welche mit Eiterung gar nichts Gemeines haben. Nach der Ansicht von Verf. haben wir es hier mit einem abgeschwächten Mikroorganismus zu thun, der wohl noch im Stande ist einen gewissen Grad von Entzündung hervorzurufen, diese aber nicht bis zur Eiterung zu steigern vermag. Daher auch der negative Ausfall der erwähnten Thierversuche. Es ist sehr wohl möglich, dass der Staphylococcus citreus nicht allein die Erscheinungen zu erzeugen vermag, und dass andere abgeschwächte Mikroorganismen ebenfalls eine Polyarthritis zu erzeugen im Stande sind. Dies führt Verf. dazu, einen Vergleich zwischen dem acuten Gelenkrheumatismus und der Pyämie anzustellen. Berücksichtigt man die exquisite Tendenz des Gelenkrheumatismus zur Wanderung von einem Ort zum anderen, zur multiplen Localisation, seinen ganzen klinischen Verlauf, so fällt sofort die grosse Aehnlichkeit mit einer abgeschwächten Pyämie auf.

131. ***Ueber idiopathische Herzvergrösserung.*** *Von Prof.* ***Bauer*** *und* ***Bollinger****. Festschrift zur Feier des 50jähr. Doctor-Jubiläums von M. v. Pettenkofer. München 1893. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894, pag. 28.)*

132. ***Beitrag zur Kenntniss der idiopathischen Herzmuskelerkrankungen.*** *Von Dr.* ***Krehl****. Arbeiten aus der med. Klinik zu Leipzig. (Ibidem.)*

Bauer und *Bollinger* haben die im Titel genannte Frage eingehend behandelt und begründen, auf ein reiches klinisches und anatomisches Material gestützt, die ganze Lehre des Münchener Bierherzens. Die Affection befällt hauptsächlich Bierpotatoren, und zwar fast ausschliesslich Männer; von 202 von *Bollinger* untersuchten Fällen waren blos 22 weiblichen Geschlechts. Ganz besonders häufig trifft man die Affectionen bei Leuten, welche mit der Bierfabrication und dem Bierconsum in engen Beziehungen stehen, so bei Bierbrauern, Küfern. Schenkkellnern. In selteneren

Fällen entwickelt sich relativ rasch innerhalb 8—14 Tagen das Bild einer schweren Herzinsufficienz, welche direct zum Tode führen kann, während post mortem in die Augen springende Veränderungen am Herzen, sowohl makroskopische, als auch mikroskopische vermisst werden. In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle entwickelt sich im kräftigen Alter, meist zwischen dem zwanzigsten und fünfundvierzigsten Jahre, nach und nach eine mit Dilatation verbundene Hypertrophie, die jahrelang bestehen kann, ohne bemerkenswerthe Erscheinungen hervorzurufen. Auf einmal fangen aber die Patienten an über Appetitlosigkeit mit Erbrechen, Husten, Druck und Schmerzen auf der Brust, Kurzathmigkeit bei Anstrengungen zu klagen, bis nach und nach Hydrops und sämmtliche Erscheinungen der Herzinsufficienz sich einstellen. Das klinische Bild ist ein ziemlich einförmiges. Man findet mehr oder minder hochgradigen Hydrops, auch Transsudate in den serösen Höhlen, Leber- und Milzschwellung, verminderte Diurese, Bronchitis; die Herzdämpfung ist gewöhnlich in beiden Durchmessern vergrössert, die Herztöne sind in der Regel dumpf, aber rein, zuweilen hört man systolische Geräusche. Dazu noch zur Vervollständigung des Bildes strotzende Füllung der Halsvenen, leichte icterische Verfärbung der Haut, Lungeninfarcte, subnormale Körpertemperaturen. Als Ursache dieser Störungen betrachten die Verff. die durch den übermässigen Biergenuss hervorgerufene Plethora und eine als Folge derselben frühe oder später entstehende Erlahmung oder Erschlaffung des Herzens. Dass aber neben dem Biergenusse noch andere Factoren dabei eine wichtige Rolle spielen müssen, ergibt sich schon aus der Erwägung, dass die oben erwähnten Störungen nur einen relativ geringen Procentsatz der Bierpotatoren befallen, während die grösste Mehrzahl derselben davon frei bleibt. Von den Männern werden in München nur 6·6% von Herzhypertrophie befallen, während die Weiber den noch viel geringeren Procentsatz von 1·5% aufweisen. *Krehl*, der nach den weiteren Ursachen der eben geschilderten Herzstörungen forschte und zu diesem Zwecke die Herzen von neun derartigen Fällen genau untersuchte, behauptet, dass in jedem Falle anatomische Veränderungen parenchymatöser oder interstitieller Natur der Affection zu Grunde liegen und bekämpft die Ermüdungstheorie *Bollinger's*, indem er als Hauptfactor bei der Entstehung der Herzinsufficienz eine Myocarditis hinstellt.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

133. ***Kaiserschnitt nach Porro's Verfahren; ankylosirtes Becken mit schräger Verengerung.*** *Von R. Brodtkorb, Christiansund. (Norsk Magazin. 1893, 8, pag. 877.)*

Bei einer 33jährigen Primipara fand sich bei der Geburt das Becken so verengt, dass die Wendung und Zerstücklung unmöglich war. Es wurde daher der Kaiserschnitt nach der *Porro*-schen Methode mit unmittelbarer Verschliessung der Bauchwunde durch Nähte vor der Amputation des Uterus vollzogen. Die Mutter



wurde in ungefähr 8 Wochen wieder hergestellt. Nach vollständiger Heilung wurde das Becken gemessen, wobei die Conjugata externa bei $16^1/_2$ (statt $20^1/_4$) Cm. und die Conjugata diagonalis 8 (statt 13) Cm., der Abstand zwischen den Spinae oss. ilei ant. et sup. $16^1/_2$ (statt 25) Cm. gefunden wurde. Die Spina ossis ilei und die Protuberantia oss. ischii standen links 3—4 Cm. höher als rechts. Das Becken entsprach im Uebrigen dem *Naegele*'schen Becken. Es bestand leichte Scoliose mit der Convexität nach rechts und Lordose in der Regio sacro - lumbalis. Die Neigung des Beckens war normal. Die Beckendeformität leitete sich von Abscessen ab, die nach einem Falle, der im 5. Lebensjahre stattgefunden hatte, während 5 Jahren in der Gegend des Beckens auftraten und welche zu Fistelgängen führten, durch welche Knochenstücke ausgestossen wurden. Pat. blieb seit dieser Zeit hinkend, befand sich aber sonst wohl. Als Indication für die *Porro*-sche Methode ergab sich in diesem Falle die dringende Befürchtung, dass in Folge der langdauernden Geburt und der vergeblichen Entbindungsversuche puerperale Infection eintreten wird.

Th. Husemann.

134. ***Beitrag zur Casuistik der Nabelschnurverletzungen unter der Geburt.*** *Von* ***F. Westphalen.*** *(Arch. f. Gyn. Bd. XLV. Heft 1, pag. 93.)*

Während Verletzungen des Nabelstranges und seiner Gefässe nach Geburt der Frucht häufig vorkommen, sind spontan intra partum entstandene sehr selten. Zwei solcher Fälle theilt Verf. aus der Kieler Klinik mit. Es wurde eine ausgetragene, mit den Zeichen von Lues behaftete Frucht in der Steisslage scheintodt geboren und nicht mehr zu sich gebracht. Die Besichtigung der Nachgeburtstheile ergab die Todesursache. Der Eihautriss fand nahe am Placentarrande statt und wurde das Amnion von der Placenta an einer Stelle — nahe der Insertion des Nabelstranges — abgelöst. Ausserdem aber wurde auch am placentaren Endstücke des Nabelstranges das Amnion abgelöst und hierbei eine Nabelstrangarterie angerissen. Die Frucht verblutete sich demnach intra partum. Im zweiten Falle wurde eine lebende reife Frucht in der Schädellage geboren. 24 Cm. weit vom Nabel zeigte der Nabelstrang ein etwa 4·5 Cm. langes spindelförmiges frisches Hämatom, herrührend von einer Berstung der Nabelvene. Die Frucht wurde mit einer doppelten Umschlingung des Nabelstranges geboren. Verf., der an der Rissstelle die Wand der Nabelvene stark verdünnt fand, meint, diese Verdünnung wäre schon in der Gravidität dagewesen und dadurch Anlass zur Ruptur des Gefässes intra partum gegeben worden. *Kleinwächter.*

135. ***Zur Casuistik der Darmausschaltung.*** *Von Dr.* ***Freih. v. Eiselsberg.*** *Aus der Billroth'schen Klinik in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 8. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 87.)*

Die bei der Aufnahme in die Klinik 15 Jahre alte Patientin wurde vor 3 Jahren in der Schule plötzlich von kolikähnlichen Bauchschmerzen befallen; der Stuhl blieb 10 Tage lang gänzlich aus. Der Zustand besserte sich wieder, doch blieb Reizbarkeit des Darmes zurück und im Laufe der Zeit bildete sich in der rechten Unterbauchgegend eine harte Geschwulst; gleichzeitig trat eine



Flexion in der rechten Hüfte ein, so dass die Kranke hinkte. Anfangs Juli 1892 brach die Verhärtung in der Ileocöcalgegend auf, es entleerte sich anfangs viel Eiter, dann auch Koth und seit Anfang August gingen die Fäces nahezu ausschliesslich durch diese Fistel ab. Von nun an magerte Patientin rapid ab, so dass sie schliesslich nur noch 25 Kgrm. wog. Bei der in Narcose vorgenommenen Operation wurden zunächst die Fisteln gründlich gereinigt, mit Jodoformglycerin ausgegossen und mit Gaze tamponirt; hierauf erfolgte ein Laparotomieschnitt schräge von aussen und oben nach unten und innen. Es zeigte sich nun Folgendes: An der hinteren Fläche der Bauchwand, entsprechend der Fistel, sass eine harte, schwielige Masse, in welche eine Dünndarmschlinge direct hineinzog, während an der oberen Umrandung der Schwiele das aufsteigende Colon heraustrat. Da die Schwiele auch fest an dem Darmbeinteller ansass, so konnte an eine Ausschälung der Geschwulst mit Resection des erkrankten Darmstückes nicht gedacht werden und Verf. entschloss sich zur Darmausschaltung nach *Salzer*. Es wurde also nach Abbindung des Darmes sowohl der Dünndarm wie der Dickdarm in der Nähe der Schwiele durchtrennt und das proximale Ende des durchschnittenen Dünndarms mit dem distalen des Dickdarms vernäht. Darauf wurden die einstweilen provisorisch zugeklemmten Enden des ausgeschalteten Darmstückes durch je eine fortlaufende Mucosa- und exacte Serosanaht blind vernäht, so dass das ausgeschaltete Darmstück blos durch die intact belassenen Fistelgänge mit der Hautoberfläche in Communication stand. Nachdem nun je ein schmaler Jodoformgazestreifen zu diesen beiden Darmenden geführt war, wurde die ausgedehnte Laparotomiewunde in den typischen drei Etagen bis auf eine kleine Lücke zum Durchtritt der Streifen genäht und die Kothfistel mit Jodoformgaze tamponirt. Die collabirte Kranke erholte sich schnell auf Darreichung von Sherry und Cognac und der weitere Verlauf gestaltete sich ganz reactionslos. Am Tage nach der Operation erfolgte bereits eine starke Stuhlentleerung durch den After. Es stellte sich unstillbarer Hunger ein und die Kranke war bereits am 10. Tage nach der Operation auf der doppelten Portion dessen, was sonst die Kranken erhielten, angelangt. Wegen der Secretion aus der intact gebliebenen Kothfistel wurde der Verband in den ersten vierzehn Tagen täglich erneuert; nur am ersten Tage hatte sich noch Koth entleert, dann nur noch Eiter, welcher aber nach zwölf Tagen verschwunden war. Als die Patientin, vier Monate nach der Operation, geheilt die Klinik verliess, hatte sie um 26 Kgrm. an Gewicht zugenommen; sie befand sich vollkommen wohl, Fistel und Laparotomiewunde waren vollkommen vernarbt. Unzweifelhaft hatte ein recidivirender typhlitischer und perityphlitischer Process die Veranlassung zur spontanen Kothfistelbildung abgegeben.

136. ***Cholecystotomie bei Obstruction des Ductus cysticus.*** *Von **George S. Brown**, M. D. of Birmingham, Ala. (Med. News. 1086. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 52.)*

Ein 25jähriger kräftiger Mann wird am 1. Juli 1893, nachdem er zuvor ein reichliches Abendbrot zu sich genommen hatte, durch kolikartige Schmerzen in der Magengegend aus dem Schlafe geweckt,

welche die ganze Nacht andauern. Um 11 Uhr nächsten Tages wird vom Verf. eine Morphiuminjection ($^1/_2$ Gran) und 1 Unze Ricinusöl per os gegeben. Das Oel wird sofort erbrochen. Das Erbrechen dauert den ganzen Tag und nächstfolgende Nacht an, ebenso die Schmerzen. Das Erbrochene bekommt ein galliges Aussehen. Am 3. Juli Morgens traten deutliche Symptome einer allgemeinen Peritonitis auf. Die Temperatur 103° F., Puls 110. Der Unterleib aufgetrieben, hart, die Glieder angezogen, das Gesicht ängstlich, Erbrechen häufig. Eine Perforation suspect. Zwei Stunden später ist Puls und Temperatur niedriger, die linke Seite des Abdomens weniger gespannt. Es schien, dass die Peritonitis sich an der rechten Seite localisire. Eine Geschwulst in dieser Gegend war nicht sichtbar, Schmerzen und Spannung aber meist rechts im Epigastrium. Die Morphiuminjectionen mussten alle vier Stunden fortgesetzt werden. Es bestand Schluchzen und vollständige Obstipation. Clysmen aller Art wurden ohne Erfolg applicirt. Der Patient hatte vor dem Anfalle einige Pflaumenkerne geschluckt, es schien eine Appendicitis durch sie ermöglicht. Am 5. Tage nach einem Warmwasserclysma spärlicher Stuhl. Man gab zu 1 und 2 Tropfen Crotonöl, im Ganzen 14 Tropfen in zwei Tagen. Zehn Gran Calomel hatten endlich den gewünschten Erfolg. Am 8. Tage begannen Fieber und Schmerzen zu sinken. am 10. Tage normaler Zustand. Die Diät bestand aus peptonisirter Milch, drei Tage später Kuhmilch. Am 13. Tage trat wieder Erbrechen, Schmerzen und Fieber auf. Eine leichte Leberanschwellung nachweisbar. Am 16. Tage abermals Obstipation. Am 17. Tage Temperatur 102° F., Puls 110. Am 18. Tage gleichfalls Temperatur 102° F. Am 18. Tage 10 Gran Calomel ohne Erfolg. Ein Tumor in der Gegend der Gallenblase sichtbar, leichter Icterus. Am 20. Tage schritt Verf. zur Operation. In der Gegend des Tumors wird eingeschnitten. Man findet Colon transversum, Leberrand und Gallenblase durch entzündliche Adhäsionen mit einander verwachsen. Die Gallenblase stark ausgedehnt und vorne bedeckt vom Colon. Die Adhäsionen werden gelöst und die Gallenblase zur Bauchwunde herausgezogen. Sie wird incidirt und 8—10 Unzen dunkelgefärbter Galle entleert. Ein eigentlicher Gallenstein fand sich nicht vor, nur etwas härtere, eingedickte Gallenmassen. Die Wunde wurde verbunden. Aus dem Drainrohr entleerte sich hellgelbe Galle. Der Icterus verschwand, Puls und Temperatur waren wieder normal. Der Kranke erholte sich trotz guten Appetites und Schlafes, offenbar wegen des täglichen Galleverlustes, nur langsam. Am 14. Tage nach der Operation klagte er wieder über ein Völlegefühl nach dem Essen. Der Stuhl wird lehmartig, die Entleerung der Galle aus der Bauchfistel nimmt deutlich ab. Das Wundsecret selbst wird flüssiger und farbloser, offenbar in Folge einer grossen Dosis von Sodiumphosphat. Am 18. Tage nach der Operation treten schwere Kolikanfälle auf; am nächsten Tage zeigt sich wieder Galle im Stuhle, aus der Fistel entleerten sich nur geringe Mengen von Galle. Die letzten Schmerzanfälle erklären sich als Folge der Natriumphosphatwirkung, da die Galle hierdurch spärlicher und dicker wurde. Ein Theil der eingedickten Galle hätte den gemeinsamen Ductus verstopft. Von nun an konnte sich Galle ungehindert



in's Duodenum entleeren. Die Fistel schloss sich 6 Wochen nach der Operation und Patient genas vollkommen. Verf. führt die kolikartigen Anfälle des Patienten auf einen kleinen Stein zurück, der den Ductus cysticus anfangs verstopfte und später perforirte. Wäre der Stein im Ductus hep. oder choled. eingekeilt gewesen, so wäre beim Erbrechen keine Galle zum Vorschein gekommen. Die eingedickte Galle gestattete wohl den Eintritt der Galle, verhinderte aber wie ein Ventil den Austritt derselben in's Duodenum. Der ausgetretene Stein und die kleine Quantität der ausgetretenen Flüssigkeit war eine genügende Ursache der localen Entzündung.

137. ***Trepanation wegen subduralen Blutergusses mit späterem osteoplastischen Ersatz des Schädeldefectes nach König.*** *Von **O. Riegner**. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 28. — Allg. Central-Ztg. 1884. 1.)*

Ein 7jähriger Knabe war vom 1. Stockwerk auf die linke Schläfe gefallen, zeigte neben Bewusstlosigkeit Parese der rechten Körperhälfte, später clonische Zuckungen im rechten Facialis und den beiden rechtsseitigen Extremitäten, ferner vollkommene Aphasie. Nach Abschwellung des starken Hämatoms wurde eine etwa 2 Mm. breite Schädelfissur constatirt und ein localer intracranieller Bluterguss der linken Stirn- und vorderen Centralwindung diagnosticirt, da bei Klärung des Bewusstseins die Aphasie bestehen blieb. Es wurde trepanirt, die prall gespannte, unverletzte Dura kreuzweise eingeschnitten und dadurch reichlich flüssiges und geronnenes Blut nebst zertrümmerten Hirnmassen entleert. Der Knabe wurde völlig munter, nur die Aphasie blieb bestehen; nach 3 Monaten kamen die ersten Laute zum Vorschein. Allmälig fand sich die Sprache fast völlig wieder. Erst $1^1/_2$ Jahre nach dem Unfall wurde gestattet, den grossen Defect im Schädel osteoplastisch zu ersetzen. Nach 14 Tagen prima intentio.

138. ***Zur Aetiologie peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien und deren Verhütung.*** *Von Dr. **Walthard**. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1893. 15. — Centralbl. f. Chir. 1894. 1.)*

Die Prognose einer bis zum Verbande ohne Störungen verlaufenden Laparotomie wird nicht zum Wenigsten beeinflusst durch die Entstehung peritonealer Adhäsionen und deren Folgen für die Functionen der Abdominalorgane. Verf. gelangt an der Hand einer Reihe von experimentellen Untersuchungen zu dem Schlusse: Länger dauernder Contact der atmosphärischen Luft mit der normalen Serosa schädigt letztere derart, dass die obersten Zellschichten absterben. Dadurch wird die atmosphärische Luft zum ätiologischen Moment einer demarkirenden Peritonitis zwischen lebender und todter Serosa. Die Necrose der obersten Zellschichten der Serosa ist lediglich durch Austrocknung derselben bedingt. Die Gefahren und Folgen des Luftcontactes werden verhindert durch „feuchte Asepsis". Die Serosa des Operationsfeldes muss durch Auspressen einer in sterile Kochsalzsodalösung (*Tavel*'sche Lösung) eingetauchten sterilen Gaze feucht erhalten werden; in die Bauchhöhle geflossenes Blut und Cysteninhalt wird mit derselben Flüssigkeit ausgeschwemmt (nicht ausgewischt). Zur Spülung der Serosaflächen bedient sich Verf. der auf 38° erwärmten *Tavel*'schen Kochsalzsodalsösung. Je regelmässiger und in je kürzeren Pausen



die Serosa angefeuchtet wird, um so physiologisch activer bleibt sie, der Organismus und speciell das Operationsgebiet werden weniger abgekühlt, die Serosa bleibt gut ernährt, die Laparotomie nimmt einen glatten Verlauf. Darnach ist „die trockene Asepsis" im Princip und mit ihr die ganze bisher übliche Reinigung der Bauchhöhle im Sinne des Austrocknens und Auswischens der Peritonealfalten mit Trockenmaterial gänzlich zu verlassen.

139. ***Künstlicher Abortus, hervorgerufen durch Selbsteinführung einer Gummisonde in den Uterus.*** *Von **O. A. Resnikow**. (Centralbl. f. Gyn. 1893. 44. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 2.)*

Eine junge gebildete Dame, Mutter von 3 Kindern, erkrankt an Uterusblutungen. Bei der Untersuchung constatirt Verf. einen Abortus von 7—8 Wochen; der Muttermund für einen Finger durchgängig. Patientin gesteht ein, sich selbst den Abortus hervorgerufen zu haben, indem sie, um Schwangerschaft zu verhindern, täglich für einige Stunden eine Gummisonde in den Uterus einführte. Vor dem Arzte demonstrirte Patientin dies mit einer Sonde Nr. 16. Sie liess vor dem Abortus die Sonde so lange im Uterus, bis Wehen eintraten. Das Instrument, dessen Anwendung von einer Hebamme erlernt worden war, wurde jedesmal in 2%ige Carbollösung desinficirt. Erleichtert wurde die Manipulation in diesem Falle dadurch, dass der Uterus verhältnissmässig niedrig stand, die Portio nicht stark flectirt war. Auf dieselbe Weise hatte Patientin bereits vor 3 Jahren einen Abortus erzielt.

140. ***Das Verhältniss des Schädels der Mutter zu dem des Kindes und dessen geburtshilfliche Bedeutung.*** *Von Dr. **Goenner**. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894, pag. 17.)*

Vergleichende Messungen des Beckens, des Schädels und der Körperlänge von Patientinnen der Baseler geburtshilflichen Klinik, sowie Messungen des Schädels ihrer neugeborenen Kinder und Bestimmungen des Gewichtes dieser letzteren haben folgende Resultate ergeben: Die hauptsächlich von *Fasbender* aufgestellte Behauptung, der Kopf der Frucht sei ein Abdruck des mütterlichen Schädels, gilt für Basel nicht. Es ist dies zu bedauern, denn für künstliche Frühgeburt und auch sonst wäre es angenehm gewesen zu wissen, was für einen Kopf man zu erwarten hat. Ist der Schädel der Mutter dolicho-, respective meso- oder brachycephal, so ist die gleiche Kopfform bei der Frucht nur in 29% zu erwarten, in 71% dagegen nicht. Beckenverengerungen, zum Theil allerdings geringen Grades, finden sich in 15%, kleine Anomalien, die geburtshilflich unwichtig sind, in 38%. Diese letzteren beruhen zum Theil auf Rhachitis, in der Mehrzahl handelt es sich aber um kleine Frauen, die auch kleine Kinder gebären. Besondere Rassencharaktere lassen sich nicht feststellen. Ein bestimmter, der Dolicho- oder Brachycephalie entsprechender Beckentypus findet sich nicht vor. Die Frauen zu Basel sind im Ganzen nicht gut gewachsen, schöne Becken sind relativ selten.



Ophthalmologie, Otiatrik und Laryngologie.

141. ***Die contagiöse Augenkrankheit in der Armee und Directiven zur Untersuchung und Beurtheilung augenkranker Militärpflichtiger.*** *(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1893. 4. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 88.)*

Die „ägyptische" Augenkrankheit ist als „contagiöse" schon seit 1813 in der preussischen Armee bekannt und hat zeitweise durch ihre Ausbreitung starke Bedenken erregt. So hatte noch in den Siebziger-Jahren dass I. (ostpreussische) Armeecorps 29‰ seiner Iststärke an solchen Kranken zu verzeichnen und es war schliesslich die Aufbringung des Ersatzes in Ostpreussen fraglich geworden. Durch Zusammenwirken der Civil- und Militärbehörden ist seitdem eine erhebliche Abnahme der Krankheitsfälle erzielt worden; dabei hat sich zugleich auch eine von der früheren abweichende Auffassung der Krankheitserscheinungen herausgebildet. Während früher die Conjunctivitis follicularis — bei welcher die an den Uebergangsfalten besonders auftretenden Körner als geschwollene und durchaus rückbildungsfähige Follikel aufgefasst wurden — streng unterschieden wurde von der Conjunctivitis granulosa — Neubildungen, welche mit Schrumpfung enden — huldigt man jetzt etwa der Auffassung, dass beide Formen nur verschiedene Grade desselben Leidens darstellen. Solange die (granulöse oder folliculöse) Körnerbildung auf gesunder oder höchstens mässig geröthster, aufgelockerter und absondernder Bindehaut am unteren Lide auftritt, während das obere Lid gesunde oder nur leicht catarrhalische Bindehaut aufweist, erscheint die Krankheit gutartig, sind die Betroffenen einstellungsfähig. Ist aber vorzugsweise das obere Lid betroffen und sitzen die Körner auf einer hochgradig geschwollenen und gewulsteten Bindehaut, deren Durchsichtigkeit stark vermindert ist, ist die Oberhaut unregelmässig und theilweise abgestossen, die Absonderung reichlich, erscheinen endlich narbige Veränderungen oder Uebergriffe auf die Hornhaut, so soll man das Leiden als ein schweres, die Einstellung verhinderndes auffassen. Es wäre im Interesse der Allgemeinheit zu wünschen, dass die Collegen, welchen öfters derartige Fälle zur Beobachtung und Behandlung kommen, sich der angedeuteten Auffassung anschlössen und durch möglichste Isolirung oder wenigstens Belehrung der schwer Betroffenen die Verbreitung des Uebels einzuschränken hälfen.

142. ***Die syphilitische Ablösung der Netzhaut und ihre Behandlung.*** *Von Dr.* ***Galczowski.*** *(Recueil d'ophthalm. 1893. August. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. December.)*

Die syphilitischen Augenentzündungen liefern in der Regel ein plastisches und kein seröses Exsudat und so kommt es, dass wir die Chorioiditis specifica meist als eine exsudativ plastische verlaufen sehen, welche die Netzhaut an die Aderhaut festlöthet und es nicht zur Entstehung von Netzhautablösung kommen lässt. Wenn wir aber genauer zusehen und besonders die den Ora serrata benachbarten Partien mit dem Augenspiegel durchforschen, so finden wir kleinere Partien der Netzhaut abgelöst. An einzelnen Stellen ist die Exsudative eben, entweder unter dem allgemeinen Einfluss

einer Diathese oder in Folge specieller Veränderungen an den Gefässwänden dieser Stelle serös und hebt die Netzhaut ab. Nur kann diese Ablösung nicht so wie bei der typischen Amotio sich ausbreiten, da die benachbarten Partien durch die plastische Entzündung, die hier besteht, mit der Unterlage verwachsen sind. Diese Abhebungen der Netzhaut gehen der plastischen Aderhautentzündung in ihrer Nähe oft voraus, resp. verdecken zunächst die ersten sichtbaren Zeichen derselben. Es ist deshalb auf diese Abhebungen zu achten, damit möglichst früh jene bei der Nähe des Ciliarkörpers so gefährliche Chorioiditis anterior bekämpft werde. Verf. hat diese Affection zur vollkommenen und definitiven Heilung gebracht durch 2 Jahre lang fortgesetzte Einreibungen von grauer Salbe (2·0 pro die) in die verschiedenen Gelenkbeugen. Will man einen vollen Erfolg haben, so darf man die Cur nicht abkürzen.

143. ***Ueber die normale Refraction des Auges und die Hypermetropie bei angeborener Amblyopie.*** *Von Dr. J. Falkenburg, Bataillonsarzt in Groningen und Dr. M. Straub, Stabsarzt in Utrecht. (Arch. f. Augenhk. 1893. XXVI. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. November. 1893.)*

Die Verff. untersuchten eine Anzahl von Augen mit Ambl. congenita und fanden in den meisten Fällen eine fast immer manifeste Hypermetropie von circa 1—2 D. vor. Die Verff. sind der Ansicht, dass diese Hypermetropie die Refraction des normalen Auges sei, die sich aus der etwas grösseren Hypermetropie des Neugeborenen entwickle, um sodann während des ganzen Lebens auf dieser Höhe zu bleiben. Während jedoch bei scharfsichtigen Augen im Interesse des guten Sehens mit Hilfe eines gewissen Tonus des Ciliarmuskels wenigstens bis zum Greisenalter die Hyperopie latent bleibe, erscheine sie bei amblyopischen Augen manifest. Es stelle also die Uebersichtigkeit des amblyopischen Auges den normalen Refractionszustand des menschlichen Auges dar. Die Richtigkeit dieser ihrer Anschauung wiesen die Verff. erstens dadurch nach, dass sie zeigten, dass emmetropisch erscheinende Augen nach starker Atropinisirung ungefähr den gleichen Grad von Hyperopie hatten, wie die congenital amblyopischen Augen, und zweitens dadurch, dass die Leute, die auf einem Auge „emmetropisch" und auf dem andern Auge congenital amblyopisch waren, ebenfalls stark atropinisirten, wobei sich herausstellte, dass die gut sehenden Augen hyperopisch wurden, während die amblyopischen ihre Refraction nicht änderten.

144. ***Beitrag zur Behandlung der Retinitis syphilitica.*** *Von Dr. F. Boé. (Recueil d'ophthalm. 1893. März. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. December.)*

In einem Fall von syphilitischer Neuroretinitis, welcher 8 Jahre nach der primären Infection auftrat, wendete Verf. zunächst 3 Wochen lang erst kleinere, dann grössere Dosen Jodkalium an, da sich jedoch der Zustand verschlimmerte, verordnete er leichte Schmiercur (1·0 pro die), durch welche schon nach 8 Tagen vollständige Heilung erzielt wurde. In einem anderen ähnlichen Fall hingegen verschlechterte sich der Zustand während der Schmiercur und es trat erst Besserung ein, als die Schmiercur unterbrochen und milchsaures Zink angewendet wurde. Schon die älteren Autoren wussten,



dass das Quecksilber bei tardiven Fällen von Augensyphilis mitunter den üblen Ausgang beschleunigt, statt ihn aufzuhalten. Da aber in ganz gleichen Fällen das Quecksilber auch oft die besten Dienste leistet und wir nicht ohne Weiteres auf eine so mächtige Waffe gegen die Syphilis, wie sie die Schmiercur darstellt, verzichten können, so räth Verf. in dergleichen Fällen auf jeden Fall mit der Frictionscur einen Versuch zu machen, denselben jedoch rasch abzubrechen, falls die gehoffte Wirkung nicht binnen Kurzem eintritt.

145. ***Extraction einer seit 1870, also 23 Jahre hindurch in der rechten Orbita befindlichen Kugel.*** *Von Dr.* ***Roose****, Courtsay. (Recueil d'ophthalm. 1893. Juli. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. December.)*

Verf. hat einem ehemaligen französischen Soldaten, der seit der Schlacht von Sedan bis jetzt in der Tiefe seiner rechten Augenhöhle eine 2 Cm. lange, 32 Grm. schwere Kugel trug, dieselbe operativ entfernt. Das andere Auge war und blieb vollkommen normal. Verf. glaubt, dass nur der Umstand, dass die Kugel aseptisch war, den Patienten vor sympathischer Ophthalmie bewahrt hat und nimmt es als sicher an, dass im anderen Fall das zweite Auge verloren gegangen wäre. Es spricht nach Verf.'s Ansicht der Fall auch gegen die Theorie der nervösen Uebertragung der Irritation auf dem Wege der Ciliarnerven, da die Kugel bei ihrer Lage in der Tiefe der Augenhöhle und bei ihrer Grösse gewiss genügenden Anlass zur Reizung der hier zahlreich vorhandenen nervösen Elemente bot, und doch keinerlei sympathische Erscheinungen auftraten.

146. ***Entfernung eines Fremdkörpers im Schlundrohr mittelst eines improvisirten Apparates.*** *Von Dr.* ***Avellis****, Frankfurt a. M. (Der ärztl. Prakt. 1893. 48. — Med. Neuigkeiten. 1893. 51.)*

Ein Patient kam zu Dr. *Ott* in Sarburg, der 8 Stunden vorher einen Glassplitter verschluckt hatte. Die in den Oesophagus eingeführte Sonde stiess in der Höhe des Manubrium sterni auf einen harten Körper, der an der vorderen Wand des Oesophagus fixirt zu sein schien. Extractionsversuche mit einer langen gekrümmten Pincette misslangen. Ein anderes Instrument war nicht zur Stelle. *Ott* improvisirte darauf eine sehr einfache Vorrichtung, die sich so leicht und an allen Stellen von jedem Arzte nachahmen lässt, dass wir sie hier ausführlich beschreiben: Aus einem neuen und sehr festen Schwamm schnitt er ein 2 Cm. langes kegelförmiges Stück, das 1 Cm. in der Basis mass. Dasselbe wurde mit einem Troicart perforirt und in die Perforationsöffnung eine Bougie für die Harnröhre mit knopfförmigem Ende eingeführt und sorgfältig befestigt. Ausserdem band er noch einen langen Faden an den Schwamm selbst, damit er diesen herausziehen kann, falls das Bougie abgleiten oder zerbrechen sollte. Diesen Schwamm schob er nun in den Oesophagus bis unter die durch den Fremdkörper verengte Stelle. Nach einigen Minuten, während deren der harte Schwamm aufgequollen war, so dass er das Kaliber des Oesophagus vollkommen ausfüllte, zog er ihn sanft in die Höhe und brachte so einen Glasscherben heraus. Die ziemlich heftige Blutung stand bald auf Anwendung von eiskaltem Wasser.

147. ***Zur Simulation concentrischer Gesichtsfeldeinengungen mit Berücksichtigung der traumatischen Neurosen.*** *Von Prof. **Herm. Schmidt-Rimpler,** Göttingen. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 88.)*

Im Gegensatz zu anderen Autoren hält Verf. die Simulation concentrischer Gesichtsfeldeinengung für sehr wohl möglich. Um sich vor Täuschungen zu schützen, müsse man die Gesichtsfeldmessungen nicht nach der gewöhnlichen Schablone am Perimeter anstellen, sondern campimetrisch in verschiedenen Entfernungen prüfen und, wenn es irgend angeht, noch den unten beschriebenen Prismenversuch anwenden. Die einfachste Art der campimetrischen Messung besteht darin, dass man sich in etwa $^1/_2$ Meter Entfernung dem zu Untersuchenden gegenüberstellt, das eigene Auge von dem zu prüfenden Auge — das andere natürlich verdeckt — anblicken lässt und nun die Hand von der Peripherie her nähert, bis sie bemerkt wird. Wenn man diese Annäherung in einer Ebene ausführt, welche zu der Mitte der Verbindungslinie des untersuchten und des eigenen Auges senkrecht steht, so hat man an dem eigenen excentrischen Sehen einen Anhalt für die normale Ausdehnung des Gesichtsfeldes. Tritt man nun weiter zurück und nähert jetzt wieder die Hand von der Peripherie her, so muss natürlich die Ausdehnung des Gesichtsfeldes eine entsprechend grössere werden. Bei derartigen Messungen in verschiedenen Entfernungen wird man bald in das Klare darüber kommen, ob der Untersuchte eine entsprechende Veränderung der Gesichtsfeldgrösse angibt oder, wie es Simulanten meist thun, überall nur in derselben Entfernung vom Fixationspunkt die Hand erkennen will. Da bei der Prüfung mit letzterer das auf den peripheren Netzhautpartien entstehende Bild ein verhältnissmässig grosses ist, so erkennt man auf diese Weise nur vollständige Defecte oder ein fast vollständiges Ausfallen des Sehens. Für Fälle, in denen nur eine Herabsetzung des excentrischen Sehens besteht, muss mit kleinen Probeobjecten (weissen Quadraten von $^1/_2$—1 Cm. Seitenlänge oder kleinen Kugeln) geprüft werden. Alle Gesichtsfeldzeichnungen und Angaben können nur richtig beurtheilt werden, wenn man die Grösse des Probeobjects mittheilt. Bei perimetrischer Bestimmung müsste auch die Grösse des Durchmessers des Perimeters angegeben werden, da die Grösse des Netzhautbildes selbst bei gleichen Probeobjecten durch die Entfernung, in der letztere stehen, beeinflusst wird. Eine genauere campimetrische Gesichtsfeldmessung macht man an einer senkrecht aufgehängten schwarzen Tafel von 1 Meter Länge und Breite, in deren Mittelpunkt ein weisser Punkt als Fixationsobject angebracht ist. Etwa 30 Cm. entfernt von diesem und ihm gerade gegenüber, durch eine Wangenstütze in der richtigen Lage festgehalten, befindet sich das zu untersuchende Auge. Ein an einem dünnen schwarzen Stabe befindliches weisses Papierquadrat (von 1 Cm. Seitenlänge) wird in den verschiedenen Richtungen (Meridianen des Perimeters) von der Peripherie genähert, und im Moment des Wahrnehmens wird ein kleiner Kreidestrich gemacht. Man misst dann nach Aufnahme des Gesichtsfeldes die Entfernung der Striche vom Centrum und erhält so ein vollkommenes Gesichtsfeld. Dieselbe Messung wird dann in doppelter



und dreifacher Entfernung wiederholt. Da die hierbei auf der Tafel gefundene Grösse der Entfernung des am meisten peripher gesehenen Punktes vom Centrum gleich dem Product aus der Entfernung des Auges von der Tafel und der Tangente des Gesichtsfeldwinkels ist, so muss eine constante Zunahme dieser Entfernung mit dem Abgehen des Auges eintreten, da der Gesichtswinkel derselbe bleibt. Bei Simulanten stellt sich nun meist heraus, dass sie das periphere Eintreten des Probeobjects ungefähr in dieselbe Entfernung vom Centrum verlegen, gleichgiltig, ob sie nahe oder fern stehen. Die oben erwähnte Prismenprobe, die, wenn sie positiv ausfällt, zu sicherer Entlarvung des Simulanten führt, beruht darauf, dass man mit einem starken Prisma, z. B. von 30° (eventuell mehrere Prismen zusammen), das Bild des peripher, angeblich eben erst gesehenen Probeobjects auf eine noch weiter peripher gelegene Netzhautpartie wirft, welche angeblich nicht mehr empfinden soll. Handelt es sich beispielsweise um die Prüfung der temporalen Seite des Gesichtsfeldes, so hält man die Basis des Prismas nasalwärts, handelt es sich um die nasale Seite, temporalwärts vor das Auge. Da aber durch dieses Prisma gleichzeitig auch der Fixationspunkt entsprechend peripher verschoben wird, so entsteht leicht eine ausgleichende Ablenkung des untersuchten Auges, um den Fixationspunkt auf der Macula lutea zu behalten. Hierdurch würde der erstrebte Zweck der Verschiebung des peripheren Punktes auf eine periphere Netzhautpartie vereitelt werden, wenn man nur das eine, eben untersuchte Auge offen hielte. Man muss also bei der Prismenvorlegung beide Augen öffnen lassen.

148. ***Acute idiopathische Perichondritis der Nasenscheidewand.*** *Von **W. Lublinski.** (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 46. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 1.)*

Der mitgetheilte Fall dieser höchst seltenen Affection betraf einen 60jährigen, leicht diabetischen Mann, der sich dem Verf. mit der Klage über Nasenverstopfung und Anschwellung der Oberlippe vorstellte, die sich nach und nach seit 14 Tagen entwickelt und nunmehr mit grosser Schmerzhaftigkeit beim Berühren, namentlich der Nasenscheidewand, Fiebererscheinungen und Schlaflosigkeit vergesellschaftet hatte. Irgend ein Grund für das Leiden liess sich nicht eruiren. Die Inspection der Nase ergab eine sehr starke Verengerung der beiden Nasengänge durch einen vom Septum ausgehenden hochrothen Tumor, der deutliche Fluctuation erkennen liess. Bei der Eröffnung des Abscesses mit dem Messer entleerte sich mehr als ein Theelöffel voll geruchlosen Eiters. Mit der Sonde gelangte man nun durch einen Defect des Knorpels in die andere Nasenseite, deren Schleimhaut jedoch intact war. Nun verloren sich schnell alle Erscheinungen und es erschien Alles in bester Ordnung, als 6 Tage darauf sich wieder Schmerzen, Anschwellung und Fieber (38·9°) einstellten. Bei der Untersuchung war die Anschwellung auf der nicht operirten Seite des Septum wieder ziemlich erheblich, während sie auf der operirten, linken Seite kaum vorhanden war. Als Grund für diese Exacerbation erwies sich eine Verklebung der Wundöffnung, da der eingelegte Gazestreifen sich herausgeschoben hatte. Nachdem die Verklebung mit der Sonde behoben war, gelang es durch Druck auf die rechte geschwollene

Seite des Septum, etwa einen halben Theelöffel Eiter wieder zu entleeren, worauf die Heilung glatt von statten ging. Gegen eine Verwechslung mit Tumoren schützt in diesen Fällen die schnelle Entstehung, die Schmerzhaftigkeit, das Fieber etc. Therapeutisch empfiehlt sich vor Allem eine ausgiebige Incision, und zwar nur auf der einen Seite, da dieselbe vollkommen genügt, um der Eiterung Herr zu werden und einer dauernden Perforation der Nasenscheidewand vorzubeugen.

149. ***Otiatrische Erfahrungen.*** *Von Dr.* ***Gustav Brunner.*** *(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1893. 6. — Arch. f. Kinderhk. XVII. Bd. I. u. II.)*

Verf. findet, dass sich nach seinen Erfahrungen die Hoffnungen auf die antiseptische Behandlung der chronischen Mittelohreiterung nicht erfüllt haben; nur die Complication der Mittelohrentzündung mit Otitis extern. furunculosa scheint selten geworden zu sein. Ferner tadelt Verf. die Anwendung der Borsäure in Bausch und Bogen ohne specielle Diagnose des vorliegenden Falles. Man berücksichtige, ob die Perforation gross oder klein ist, ob die Tuba durchgängig ist oder nicht. Bei entzündlichen Recrudescenzen hilft vor Allem Antiphlogose und Ruhe. Von den Antiseptica empfiehlt Verf. Sublimat (1 : 5000) Chlorkalklösung (1—3 Kaffeelöffel : $^1/_2$ Liter Wasser, sich setzen lassen und dann ana Wasser), Creolin (2 gtt. auf 1 Glas Wasser) Lysol. Carbollösungen kann Verf. nicht empfehlen. Bei harten, adhärirenden Eiterkrusten leisten Ohrbäder mit Sodalösung recht gute Dienste. Zinksulfat (1—4$^0/_{00}$) kann man ganz gut als Ohrtropfen verordnen und mit nachherigem Einblasen von Borsäure oder Jodoform verbinden. Weiter erinnert Verf., dass in vielen Fällen von Perforation oder Defect des Trommelfells das richtig applicirte feuchte Wattekügelchen für das Gehör ganz vorzügliche Dienste leistet. Etwas eingehender beschäftigt sich Verf. mit der Sclerose des Mittelohres. Von dem blossen Politzer-Verfahren sah Verf. hier wenig Nutzen: wohl von Einblasungen per Catheter von Solut. Zinc. sulf. (1—2—3$^0/_{00}$) oder Jodlösung (1—3$^0/_{00}$ Jod. pur. + 1$^0/_0$ Kali. jodat. in Aq.). Besonders betont Verf. eine genaue Berücksichtigung der Verhältnisse in Nase und Rachen, Beseitigung von Verengerungen in der Tuba. Keine ermunternden Erfolge von der *Lucae*'schen Drucksonde, nur einmal einen Erfolg von den von *Kosegarten* empfohlenen subcutanen Pilocarpineinspritzungen. Dasselbe gilt von der Bestreichung des Trommelfells mit Collodium. — Eher möchte Verf. „in geeigneten Fällen die methodische Aspiration des Trommelfells mit dem pneumatischen Trichter empfehlen".

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

150. ***Beiträge zur Frage der Secretion und Resorption im Dünndarm.*** *Von Dr.* ***F. Voit.*** *(Zeitschr. f. Biolog. Bd. XXIX. Heft 3.)*

Bisher glaubte man allgemein, dass man in den Fäces wesentlich die unverdauten Reste der eingeführten Nahrungsmittel



zu erkennen habe, die Untersuchungen *L. Hermann's* und seiner Schüler haben uns jedoch eines Anderen belehrt. Wenn nämlich jene Autoren in ihren an Hunden angestellten Versuchen eine Dünndarmschlinge durch zwei Schnitte vom übrigen Darm abtrennten und die beiden Enden dieses Stückes ringförmig zusammennähten, so zeigte sich, wenn die Thiere einige Tage oder Wochen nach der Operation zu Grunde gingen, das isolirte, aber in seiner Ernährung ungestörte Darmstück mit einer mehr oder minder reichlichen, dünnflüssigen oder consistenteren Masse erfüllt, welche nach ihren Eigenschaften als Koth bezeichnet werden musste. Damit war der Beweis erbracht, dass ein mehr oder minder grosser Theil der Fäces von den flüssigen oder zelligen Abscheidungen der Darmwand geliefert werde. — Verf. verglich nun, um einige Fragen über die Secretion und Resorption im Dünndarm zu untersuchen, zunächst den Inhalt des isolirten Darmstückes nach Menge und Zusammensetzung mit dem Inhalt des übrigen Darmes. Früher wurde die Erfahrung, dass mit Steigerung der Nahrungszufuhr die Fäces wachsen, in einfacher Weise so erklärt, dass die Menge der unverdauten Nahrungsreste zunehme; allein schon ältere Untersuchungen *C. Voit's* wiesen darauf hin, dass jene Vermehrung der Kothmenge fast ausschliesslich auf eine Steigerung der Secretion in den Darm zurückzuführen sei; es konnte nämlich gezeigt werden, dass bei Fütterung mit stickstoff- und aschefreier Stärke der Stickstoff- und Aschegehalt des Darminhaltes gegenüber dem Hungerzustand wesentlich erhöht war. Nun gelang es dem Verf. zu zeigen, dass jeder Quadratcentimeter des isolirten Darmstückes annähernd ebenso viel Koth producirte, als die gleiche Flächengrösse des übrigen Darmes. Damit ist zugleich erwiesen, dass es sich nicht — wie man nach *C. Voit's* (des Vaters) Versuchen hätte vermuthen können — um eine reichliche Secretion von Galle oder Pancreassaft in dem Darm handeln kann, deren Quantität die grosse Menge Koth erkläre. Denn da das isolirte Darmstück in den vorliegenden Versuchen vor dem Eindringen von Galle und Bauchspeichel geschützt war und trotzdem eine so bedeutende Menge Koth producirte, so ist damit gezeigt, dass es im Wesentlichen die Secretion der Darmwand selbst sein muss, von der die Kothmenge abhängt. Die Zusammensetzung des Inhaltes jenes isolirten Darmstückes zeigte, dass dieselbe gleich sei der des Hungerkothes, ein neuer Beweis dafür, dass wir in den Fäces hungernder Menschen und Thiere nur das Product der Secretion oder Excretion der Darmwand vor uns zu sehen haben. — Wurden die operirten Thiere reichlich gefüttert, so stieg der Stickstoffgehalt im Inhalt des isolirten Darmstückes nahezu in demselben Verhältniss, wie der N des Kothes, wodurch bewiesen ist, dass der bei mässiger Fleischkost in den Fäces gefundene Stickstoff nicht unresorbirten Bestandtheilen der Nahrung angehört, sondern fast ausschliesslich von der Secretion der Darmwanddrüsen herstammt. Was die Aschenbestandtheile jedoch anbelangt, so zeigte sich, dass der Aschengehalt des Kothes bei Fleischfütterung weit schneller anwuchs als der Aschengehalt im Inhalt des isolirten Darmstückes. Wenn wir also im Nahrungskoth die organischen Salze zunehmen sehen, so können wir bei diesen



mit Recht die Behauptung aufstellen, dass sie grösstentheils direct aus den Ingestis stammen. — Was die Fette des Kothes anlangt, macht Verf. es wahrscheinlich, dass auch diese grösstentheils aus dem Secret der Darmwand und nur zum kleinsten Theil aus der eingeführten Nahrung stammen Die Frage nach der Resorption, beziehungsweise Ausscheidung des Kalkes anlangend, ist das Kalkbedürfniss des Organismus ein sehr geringes: ein Hund von 3·8 Kgrm. Gewicht konnte sich mit einer Nahrung, welche nur 0·043 Grm. Kalk enthielt, während 308 Tagen im Kalkgleichgewicht erhalten. — In den Ingestis befindet sich nun gewöhnlich eine weit grössere Menge von alkalischen Erden, als sie der Körper bedarf und es erhebt sich nun die Frage: was geschieht mit dem Ueberschuss des Nahrungskalkes? Geht er unresorbirt in den Fäces ab oder wird er resorbirt und dann irgendwo aufgestapelt oder irgend wohin wieder ausgeschieden? So viel haben die bisherigen Untersuchungen bereits sichergestellt, dass bei Steigerung des in der Nahrung zugeführten Kalks die durch den Harn ausgeschiedene Kalkmenge nur ganz unwesentlich zunimmt. Daraus darf aber nicht geschlossen werden, dass die Resorption der Kalksalze überhaupt so gering sei, denn wir wissen bereits aus Untersuchungen des Hungerkothes, dass ein Theil des aus dem Nahrungscanal resorbirten Kalks in den Darm hinein wieder ausgeschieden wird. Dies fand auch Verf. wieder, da diese Zunahme aber stets geringer als die Zunahme des entsprechenden Kothes ist, so meint Verf., dass sich die Kalkresorption im Organismus in ziemlich engen Grenzen bewegt. — Dies konnte er sogar direct zeigen, indem er in abgebundene Darmschlingen genau bekannte Mengen Kalk (in Form von Kalkeiweissverbindungen oder Chlorcalcium) injicirte und nach einigen Stunden den Kalkgehalt des Darminhaltes feststellte: es liess sich zeigen, dass nur dann einigermassen bedeutende Mengen Kalk resorbirt worden waren, wenn durch das angewandte Präparat Aetzungen der Schleimhaut verursacht worden waren. In den normal verlaufenen Fällen entsprach die Menge des wiedergefundenen Kalkes fast genau der Quantität des injicirten Salzes. Die Versuche über Resorption und Ausscheidung des Eisens gestalten sich bezüglich Versuchsanordnung und Resultate durchaus ähnlich wie in den Kalkversuchen: die aufgenommenen kleinen Eisenmengen werden zum geringeren Theil durch die Nieren, zum grösseren Theil aber durch die Darmwandung wieder ausgeschieden; die Galle ist an der Eliminirung kaum betheiligt. Das wenige Eisen, was in ihr enthalten ist, wird grösstentheils im Darme wieder resorbirt. Gemäss der geringen Eisenresorption aus der Nahrung beträgt auch das in den Darm ausgeschiedene Eisen nur einige Milligramme; der weitaus grösste Theil des im Koth gefundenen Eisens stammt direct von der aufgenommenen Nahrung her.

Hertzka, Carlsbad.

151. ***Beitrag zur pathologischen Anatomie des Diabetes mellitus.*** *Von Dr. med.* ***Wilh. Sandmeyer.*** *(Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. L, pag. 381.)*

Obwohl *Baumel* bei den Sectionen Diabetiker das Pancreas stets erkrankt fand, beobachtete *A. Martin* einen Fall, bei dem das



Pancreas in eine grosse Cyste umgewandelt war und dennoch Zucker weder vor, noch nach der Operation nachgewiesen werden konnte. Auch in dem vom Verf. mitgetheilten, ein 9jähriges nach zweijähriger Krankheitsdauer an Coma diabeticum gestorbenes Mädchen betreffenden Fall konnte trotz genauester mikroskopischer Untersuchung im Pancreas keine Anomalie aufgefunden werden. Neben der glycogenen Degeneration der *Henle*'schen Schleifen und Verfettung der Nierenepithelien, sowie einer ziemlich starken Verfettung der Herzmusculatur bestand nur ein kleiner Degenerationsherd im Cervicalmark. Den degenerirten Nervenfasern fehlte bisweilen die Markscheide vollständig; häufig war noch in der Mitte der gequollene Achsencylinder zu finden. An manchen Stellen fehlten Markscheide und Achsencylinder, und der Raum war von einer homogenen Masse gefüllt. Kernwucherung war im Degenerationsgebiete nicht nachweisbar.

152. ***Ueber die Santoninkrämpfe beim Kaninchen. Ein Beitrag zur Genese der Krampfformen.*** *Von Doctor* ***Kramer****, Prag. Aus dem d. exper.-pathologischen Institut in Prag. (Zeitschr. f. Heilk. XIV. Bd. 4. Heft. — Prager med. Wochenschr. 1893. 49.)*

Während es für das Strychnin längst nachgewiesen erschien, dass der typische Strychnintetanus auch nach Ausschaltung des Grosshirns auftrat, dieses Gift somit ein Rückenmarksgift par excellence darstellt, fehlte diese Kenntniss für Gifte, welche vorwiegend clonische Krämpfe erregen, vollends. Verf. wählte das Santonin, welches typische clonische Krämpfe nach dem Typus der *Jackson*'schen Rindenkrämpfe hervorruft, zu seinen Experimenten, und waren deren Resultate folgende: Die Krämpfe, welche das Santonin erregt, sind clonisch, sie beginnen an der Schnauze, setzen sich dann auf die oberen Extremitäten fort und finden an den unteren ihr Ende. Für diesen typischen Krampfablauf ist die Unversehrtheit des Grosshirns Bedingung, da jedoch nach Exstirpation einer oder sogar beider Hemisphären gleichfalls clonische Krämpfe auftraten, ohne jedoch den typischen, „rindenmässigen" Charakter, sondern mehr diffus verlaufend, so ist damit die Lehre *Zielsen's*, dass die clonische Krampfcomponente vom Grosshirn ausgelöst werde, hinfällig und die seinerzeitige Controverse *Zielsen-Unverricht* zu Gunsten des Letzteren entschieden. Dass die Santoninkrämpfe jedoch vom Grosshirn ausgehen, dafür spricht ihr typischer Ablauf bei Erhaltensein desselben, ferner das rudimentäre Auftreten derselben nach Halbseitenexstirpation, sowie schliesslich die Thatsache, dass eine Injection von Chloralhydrat im Stande war, den Santoninkrampf zu coupiren. Eine beiliegende sphygmographische Tabelle zeigt, dass den Santoninkrämpfen weder respiratorische, noch circulatorische Vorläufererscheinungen vorausgingen, noch auch während derselben sich Zeichen einer Erregung der respiratorischen oder circulatorischen Centren der Oblongata einstellten.

153. ***Ueber die elektrische Durchleuchtung des Magens und deren diagnostische Verwerthbarkeit.*** *Von DDr.* ***Kuttner*** *und* ***Jacobson****. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 39 und 40. — Centralbl. f. Chir. 1894. 1.)*

Das Gastrodiaphanoskop besteht aus einem Magenschlauch mit elektrischem Lämpchen, an dem ein Zuflussrohr für Luft und



Wasser angebracht ist. Die Beobachtungen beziehen sich auf über 300 auf *Ewald's* Station vorgenommene Durchleuchtungen, ein grosser Theil der Ergebnisse konnte an der Leiche nachgeprüft werden. Dem Gebrauch des Diaphanoskops stellen sich keine grösseren Schwierigkeiten entgegen, als wie solche bei der Einführung der Magensonde gelegentlich auch eintreten können. Gefahren sind ausgeschlossen. Bei Ulcus ventriculi, Aneurysma etc. wird man Abstand nehmen. Permanente Wassercirculation während der Durchleuchtung ist entbehrlich; man lässt vorher $^1/_2$—$1^1/_2$ Liter Wasser trinken oder führt das Wasser durch das Zuflussrohr allmälig ein. Es bedarf keiner, den Kranken nur ermattender vorhergehender Ausspülungen. Am besten untersucht man 4 bis 5 Stunden nach der Hauptmahlzeit. Verbrennungen sind ausgeschlossen. Stehende Haltung des Patienten ist vorzuziehen. Dunkelzimmer ist nicht erforderlich, nur Abblendung des hellen Tageslichtes. Die Contouren des Magens lassen sich an der Bauchwand ablesen; dort, wo ein Durchscheinen nicht möglich, liegen tiefe Schatten, so bedingt durch überliegende Leber, Kothmassen der Darmschlingen, Geschwülste etc. Schon $1^1/_4$—$1^1/_2$ Cm. dicke Geschwulstmassen lassen kein Licht mehr hindurch. Aber auch auf Geschwülste im Beginn können wichtige Schlüsse gemacht werden. Ausser Geschwülsten ist es besonders die Magenerweiterung, der diagnostisch nachgegangen werden kann. Da der leere Darm ebenfalls Licht hindurchscheinen lässt, so muss bezüglich der Beurtheilung der unteren Magengrenze besondere Aufmerksamkeit walten. Die Verff. heben als wichtig hervor, dass man sich stets erinnern müsse, wie verschieden selbst die normale Gestalt des Magens sein kann. Bei Magenerweiterung bleibt der Magen mit dem Zwerchfell in Berührung, unterliegt also respiratorischen Verschiebungen. Gastrectasie ist wahrscheinlich, wenn sich die Verschiebung an der unteren Grenze kundgibt. — Bei Magentiefstand fehlt diese Abhängigkeit von dem Zwerchfelle, so dass gerade für die Differentialdiagnose zwischen Gastrectasie und Gastroptose diese Untersuchungsmethode hohen Werth gewinnt.

154. ***Ueber die Bedeutung des Mangels kothigen Erbrechens bei Darmocclusion.*** *Von Primarius Dr. Franz Jordán. (Jahrbuch der Spitäler in Budapest 1893. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 1.)*

Oft ist die Diagnose der Undurchgänglichkeit des Darmes eine augenfällige, sie kann aber in vorgeschritteneren Fällen, wo sich die Erscheinungen compliciren oder verwischen, Schwierigkeiten darbieten, besonders wenn es sich darum handelt, die Stelle oder die Ursache der Occlusion zu eruiren. Verf. theilt folgenden Fall mit, um in anknüpfenden Schlussfolgerungen den Mangel des kothigen Erbrechens bei Bestimmung der Occlusionsstelle in positiver Richtung diagnostisch zu verwerthen. Frau T. H., 72 Jahre alt, wurde am 10. December 1892 aufgenommen und starb am 15. December. Am 28. November empfand Patientin Schmerz im Bauch; der bisher regelmässige Stuhl blieb aus, der Bauch gespannt. Zwei Tage später Brechreiz, endlich Erbrechen wenig grünlichgelber, bitterer Flüssigkeit. Bei der Aufnahme war folgender Status praesens: Der Bauch war stark schmerzhaft und aufgetrieben,



Aufstossen und Erbrechen bis zur Erschöpfung häufig, Lungengrenzen um 1 Rippe höher. Der Percussionsschall über dem Bauch war abwechselnd tympanitisch, doch abnorm tief, in der Inguinalgegend weder Schmerz, noch Volumszunahme. Am Bauche sind manchmal wurmartig wandernde Hervorwölbungen wahrzunehmen. Der Mastdarm leer, Puls beschleunigt, 120, leicht zu unterdrücken, Temperatur subnormal. Die Erscheinungen haben während der viertägigen Beobachtungszeit ständig zugenommen, am 13. traten schon Erscheinungen der Agonie auf. Calomel, Bitterwasser, Eingiessungen von 2 Liter Wasser mit 2 Tropfen Crontonöl hatten absolut keinen Erfolg. Die Mastdarmsonde liess sich 20 bis 22 Cm. weit einführen. Am 13. December entfernten sich nach einer Eingiessung etwas Gase. Am 15. Morgens verschied Patientin nach einem Brechanfalle, ohne dass die Localisation des Uebels gelungen wäre. Für Verschluss der oberen Darmpartien sprach das plötzliche Auftreten des Uebels, dagegen der Mangel des kothigen Erbrechens. Gegen Occlusion des Dickdarmes konnte man das plötzliche Auftreten anführen, wiewohl bei hochgradiger Obstipation eine Knickung des S romanum auch eine plötzliche Occlusion zur Folge haben kann. Gegen diese Annahme sprach aber die Anamnese und der Umstand, dass man bei der Untersuchung den Mastdarm leer fand. War schon die locale Diagnose nicht möglich, an die pathologisch-anatomische konnte man noch weniger denken. Der Mangel des kothigen Erbrechens schien eine acute, das plötzliche Auftreten eine chronische Ursache auszuschliessen. Immerhin konnte man die Annahme einer bösartigen Ursache nicht ganz bei Seite lassen. Die Section ergab in Bezug auf den Darm folgende Diagnose: Carcinoma epitheliale membranae mucosae intestini recti, ab ano centimetras sexdecim distans, lumen recti obliterans. Inde meteorismus intestinorum crassi et tenuum, in parte colonis descendentis dissenteria chron. affectae. Der Befund ist interessant, weil derselbe beweist, was übrigens bekannt ist, dass auch chronische Processe zur acuten Verschliessung des Darmes führen können, ferner, weil der Fall zeigt, dass man den Mangel des Kotherbrechens als positives Symptom für den Verschluss des absteigenden Dickdarmes verwerthen kann. —*r*.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

155. ***Eine fahrbare Trage.*** *Von Dr.* ***Jacoby,*** *Würzburg. Demonstrirt bei der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 87.)*

Um bei der weiteren Entfernung des Verbandplatzes von der Gefechtslinie die Kräfte der Träger möglichst zu schonen, muss die Krankentrage leicht, aber doch solid und zu längerem Transport verwendbar sein. Die Trage bietet die schonendste Transportweise für die Verwundeten, man kann so ziemlich überall mit ihr hinkommen, um Verwundete direct an ihrem Platz aufzuladen; allein sie stellt grosse Anforderungen an die Kraft der Träger; diese Kräfte werden geschont, wenn die Trage zum Fahren



eingerichtet ist. Eine vom Verf. construirte Trage wird mit einem Rade montirt und nach Art eines Schubkarrens geschoben, sobald ein fahrbarer Weg erreicht ist; geeignet ist zu diesem Zweck jeder noch so schmale Fusspfad, Wiese etc. Durch das Fahren ist zugleich ein beschleunigterer Transport möglich. Die Fahrvorrichtung verschwindet bei Nichtgebrauch in der Tragbahre selbst, so dass sie räumlich bei der Verpackung gar nicht in Frage kommt, selbst nicht bei Verladung in grösseren Mengen. Die Trage kann durch einen Mann, ohne dass bemerkenswerthe Müdigkeit eintritt, längere Zeit geschoben werden; als Durchschnittsgeschwindigkeit ergab sich auf Grund von Versuchen, bei welchen zum Theil getragen werden musste, $12^1/_2$ Minuten für den Kilometer. Ueber kleine Hindernisse kann die Trage, ohne erst demontirt werden zu müssen, hinweggehoben werden. Die Bahre wiegt 36 Pfund, also 3 Pfund weniger als die etatsmässige Feldtrage, die sich übrigens leicht als Fahrbahre adoptiren liesse. Verf. hat noch ein zweites System mit 2 Rädern construirt (und in Rom ausgestellt); das Zweirad verringert die Gefahr des Umfallens, bedarf jedoch einen breiteren Fahrweg. —*r.*

156. ***Ueber den Einfluss der Schifffahrt bezüglich der Verbreitung von infectiösen Keimen.*** *Von Tellier. (Gaz. méd. de Paris. 1893. 43. — Centralbl. f. innere Med 1894. 2.)*

Quarantänen, Desinfectionen der Menschen und der Waaren genügen sehr häufig nicht, eine Hafenstadt vor der Einschleppung einer Epidemie zu schützen. Verf. sieht die Ursache darin, dass man, sonst auf Alles peinlich bedacht, eine Infectionsquelle vergisst: das Wasser auf den Schiffen. Unter Umständen aus inficirten Quellen stammend, kommt es in kaum gereinigte, geschweige denn sterilisirte Behälter und Röhren; oder auf der Fahrt destillirt, wird es unter Umständen einer Luft ausgesetzt, die, von einem Seuchengebiete kommend, zahlreiche Keime in sich trägt. So erklären sich die Erkrankung an Bord, so die Einschleppung der Seuche in einen Hafen durch Besucher des Schiffes, durch Arbeiter, welche dort Wasser trinken. Um diesen Infectionsweg zu versperren, schlägt Verf. vor: Sterilisation der Wasserbehälter und -Leitungsröhren; Sterilisation des Wassers; Verhütung des Zutritts nicht sterilisirter Luft zu demselben.

157. ***Aetiologie und Histogenese der varicösen Venenerkrankungen und ihr Einfluss auf die Diensttauglichkeit.*** *Von Dr. S. Kirchenberger. (Wien. Šafář. 1893.)*

Verf. gelangt in seiner vom k. und k. Militär-Sanitätscomité gekrönten Preisschrift bezüglich der Aetiologie und Histogenese der varicösen Venenerkrankungen im Allgemeinen zu folgenden Resultaten: Bei der Entstehung der überwiegenden Mehrzahl der Phlebectasien spielt die mechanische Behinderung des Rückflusses des Venenblutes und die dadurch herbeigeführte Stauungsdilatation der Venen eine wichtige Rolle. Doch kann dieses ätiologische Moment nicht als die ausschliessliche Ursache der varicösen Venenerkrankungen angesehen werden. Vielmehr wäre anzunehmen, dass nebst den mechanischen Entstehungsmomenten eine gewisse — ererbte oder erworbene — Disposition bei der Varicenbildung in Betracht kommt. Diese Disposition dürfte — ganz allgemein



gesprochen — in einer abnormen Beschaffenheit der Venenwand, durch welche eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit derselben herbeigeführt wird, ihren Ausdruck finden, wenngleich eine solche — von der vereinzelten Beobachtung *Foboroff's* abgesehen — bisher anatomisch nicht nachgewiesen werden konnte. Demgemäss würden die Structurveränderungen in der Wand der überwiegenden Mehrzahl elastischer Venen als im Gefolge der Stauungsdilatation entstandene, somit als secundäre anzusehen sein. Diese Structurveränderungen bestehen in einer Endo- und Periphlebitis nebst einer Hypertrophie der Muscularis in den minder vorgeschrittenen, dagegen in einer Atrophie der letzteren in den vorgeschrittenen Fällen von Varicenbildung. Es kommen aber auch bisweilen Phlebectasien vor, bei denen sich eine primäre Wanderkrankung der angegebenen Art als Entstehungsursache nicht ganz von der Hand weisen lässt. Bei der Recruteneinstellung in Oesterreich-Ungarn fand sich als Grund für die Zurückweisung: Hämorrhoiden in 0·3‰, Varicocele in 12·67‰, Krampfadern in 30·2‰ der Fälle. Von Hämorrhoiden waren hauptsächlich länger dienende Officiere und Unterofficiere befallen, die Bureaudienst hatten oder viel zu Pferde sitzen mussten. Unter den einzelnen Truppengattungen der österreichisch-ungarischen Armee betrafen die meisten Dienstentlassungen, sowohl wegen Varicocele (16 Dienstentlassungen : 100.000 Mann des durchschnittlichen Grundbuchstandes in dem 18jährigen Zeitraume 1873 bis 1890) als wegen Varicen (56 : 100.000) die Genietruppen und Pionniere. Diese haben die grössten Leute und müssen ausserdem in aufrechter Körperstellung viel und schwer arbeiten. Von der Varicocele sind Fuss- und berittene Truppen gleichmässig befallen (beide 14 : 100.000); von den Krampfadern die Fusstruppen (51 : 100.000) viel mehr als die berittenen (30 : 100.000). Als Entlassungsgrund kommt die Varicocele im ersten Dienstjahr viel häufiger (in 67% aller Entlassungen wegen dieses Leidens) in Betracht als die Krampfadern (43·8%), umgekehrt verhält es sich in der späteren Dienstzeit. Schliesslich sei noch bemerkt, dass die Häufigkeit der Varicocele und der Krampfadern in den verschiedenen geographischen Bezirken schwankt, anscheinend abhängig von der Menschenrasse.

158. ***Ein neuer Vorschlag zur Prophylaxe gegen Diphtherie.*** *Von Dr. med.* ***J. Bergmann****, Worms. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 1.)*

Das vom Verf. empfohlene Schutzmittel geht, wie die anderen auch, von der klinisch und bacteriologisch fest begründeten Anschauung aus, dass bis auf eine verschwindend kleine Anzahl von Fällen die Eingangspforte der Diphtherie die Mundhöhle sei, und dass daher eine auf das einzelne Individuum gerichtete Prophylaxe die Aufgabe habe, die Mundhöhle und insbesondere die zumeist gefährdeten Tonsillen vor der bacteriellen Invasion zu schützen. Diese Aufgabe sucht das Diphthericidium — so heisst das neue Mittel — im Gegensatz zu den bisherigen Methoden, auf einem Wege zu erreichen, der weder zu irgend welcher Belästigung der Kinder, noch zu einer gerade hier so gefährlichen Reizung ihrer Rachenschleimhaut führt. Das Diphthericid oder vielmehr seine wirksamen Bestandtheile sind von der Schleimhaut nicht durch



Gurgeln oder Pinselung zu erreichen, sondern durch einen sozusagen normalen, physiologischen Act, nämlich durch Kauen. Der Träger der prophylactischen Wirkung ist der Speichel, in welchen die wirksamen Stoffe des Mittels, eine Combination von Thymol und Natrium benzoicum, beim Kauen übergehen. Verf. hebt als besonderen Vorzug des neuen Verfahrens hervor, dass die angewandten Desinficientia den gleichsam von der natürlichen Infection gewiesenen Weg beschreiten und rein erhalten. Diesen Effect aber erreichen sie, ohne die Integrität der Schleimhaut auch nur im Geringsten herabzusetzen. Diese vollkommen reizlose Wirkung des Mittels wird bedingt durch seine eigenartige Application, sowie vor Allem durch die überaus geringe Menge seiner Basis. Diese Basis, aus Thymol und benzoesaurem Natron bestehend, enthält in genauer Dosirung pro Stück von ersterer Substanz 2 Mgrm. und von letzterer 2 Cgrm. Es könnte Zweifel erwecken, ob so sehr geringe Dosen bereits ausreichend seien, die beabsichtigte prophylactische Wirkung zu erzielen. Diesbezüglich sei jedoch daran erinnert, dass die antiseptischen Stoffe ihre bacterienhemmende Eigenschaft noch in ausserordentlich geringen Concentrationen bewahren. *Robert Koch* constatirte vom Thymol, dass Lösungen von 1 : 80.000 noch im Stande seien, das Wachsthum von Reinculturen des Milzbrandbacillus zu verhindern. Darnach muss also die Erwartung berechtigt erscheinen, dass eine Imprägnirung der Rachenschleimhaut mit derartigen Stoffen im Stande sei, die Ansiedlung des Diphtheriebacillus unmöglich zu machen oder wenigstens zu erschweren. Zu den genannten beiden Substanzen, dem Thymol und Natrium benzoicum, kommt als dritte noch das Saccharin hinzu, welches, in einer Dosis von 0·015 pro Stück, nicht nur als Geschmackscorrigens dient, sondern zugleich die antiseptische Wirksamkeit des Diphthericid verstärkt. Das Diphthericidium wird in Form von Pastillen hergestellt; eine solche Pastille ist von zäher, gummiartiger Consistenz, aber gutem Geschmack und kann eine Viertelstunde und noch länger gekaut werden, in welcher Zeit sich die wirksamen Bestandtheile nur ganz allmälig in den Speichel entleeren. Die Kaumasse, das Menstruum des Diphthericid, besteht aus einer Mischung von gummiähnlichen Stoffen, unter denen reines Guttapercha und Damaraharz die Hauptbestandtheile bilden. Nach einem zum Patent angemeldeten Verfahren gelingt es, die genannten Stoffe in solcher Weise zu verbinden, dass sie eine Masse darstellen, welche durch den Zusatz einer ganzen Reihe von Geschmackscorrigentien nichts an ihrer zähen, allein zum Kauen tauglichen Consistenz einbüsst. Der wichtigste Vorzug des Diphthericid, abgesehen von seiner Reizlosigkeit, ist wohl darin zn erblicken dass die Einwirkung desselben auf die Schleimhaut nicht so flüchtiger Natur ist wie die der angewandten Gurgelwässer, sondern, wie aus noch bekannt zu gebenden Versuchen erhellt, zum Theil noch 5 Stunden nach dem Gebrauch zurückbleiben. Es liegt in der Natur der Sache, dass die praktische Bewährung des Mittels als Prophylacticum, so sehr es auch in der Theorie begründet sein mag, erst nach langer Beobachtung zu Tage treten kann. Es ist wünschenswerth, dass sich die ärztliche Beachtung allseitig auf das Mittel lenke. Das



Diphthericidicum wird von dem chemisch-bacteriologischen Laboratorium des Herrn Dr. *A. Kirchner* in Worms a. Rh. hergestellt und zunächst nur an Aerzte verabreicht. —*r.*

159. ***Hygienische Untersuchungen über Mehl und Brot.*** *Von Prof. K. B. Lehmann. (Arch. f. Hygiene. Bd. XX. Heft 4. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 3.)*

In der III. Abhandlung über das im Titel genannte Thema schildert Verf. die von ihm angegebene Methode der Bestimmung des Säuregehaltes des Brotes. Sie besteht im Titriren mit Natronlauge unter Benützung von Phenolphthalein als Indicator im mit Wasser zerriebenen Brote. Die Gesammtacidität des Brotes setzt sich zusammen aus saurem phosphorsauren Kali, Essigsäure und Milchsäure. Spuren von Ameisensäure, unsichere Anzeichen von Buttersäure wurden auch gefunden, stets fand sich ausserdem in bescheidener Menge eine der Oelsäure nahestehende Säure, die wahrscheinlich aus dem Fette des Getreides stammt. Die organischen freien Säuren machen meist die Hälfte, seltener $^1/_3$ oder $^2/_3$ der Gesammtsäure des Brotes aus, von den freien Säuren war meist etwa $^2/_3$ Essigsäure, der Rest zum grösseren Theil Milchsäure. Verf. theilt nun den Gesammtsäuregehalt von 167 Broten aus allen Theilen Deutschlands in Form von Tabellen nach Brotsorten und Provinzen geordnet, mit. Nach Verf. ist ein Brot: wenn 100 Grm. frischer Krume zur Neutralisation verbrauchen 1—2 Cbm. Normalalkali, nicht sauer, 2—4 schwach säuerlich, 4—7 schwach sauer, 7—10 kräftig sauer, 10—15 stark sauer, 15—20 Cbm. Normalalkali äusserst stark sauer. Es dominiren die stark sauren Brote bei den Schrotbroten, sind spärlicher bei den Schwarzbroten und fehlen bei den Weissbroten; da es aber auch schwach saure Schrotbrote gibt, so ist weder der Zermahlungsgrad, noch die Getreideart an sich für die hohe Acidität verantwortlich. Durch eine Reihe von Zahlen beweist Verf., dass Temperatur und Gährdauer von enormem Einfluss auf die Acidität ist, ebenso Zubereitung mit Hefe oder Sauerteig. Zum Schluss wird darauf hingewiesen, dass aber auch Mehl und Schrot allein, mit Wasser übergossen, kräftig Säure bildet; Schrot bildet die Säure viel stärker und besonders tritt dabei kräftig Buttersäuregeruch auf.

160. ***Experimentelle Studien über Milzbrand in der Nürnberger Borstenindustrie.*** *Von Dr. Sigmund Merkel, Nürnberg. (Verhandl. d. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte in Nürnberg. 1893.)*

Um die Borsten zu bleichen und zu reinigen, wird in der Borstenindustrie folgendes Verfahren angewendet: Die Borsten liegen 12 Stunden in einer Kalihypermanganicumlösung 2 : 1000, werden dann mit Wasser stark ausgewaschen und auf 2 Stunden in eine Lösung von schwefliger Säure 3 : 100 gelegt. Schliesslich werden der sauren Lösung einige Tropfen H_2O_2 oder Salmiakgeist zugesetzt, und die Borsten, welche nun schön gebleicht sind, mit viel Wasser ausgewaschen. Verf. nahm nun an Borsten, die mit Milzbrand (sporenhaltiges Material) geimpft waren, Untersuchungen vor, inwieweit obiges Verfahren desinficirend wirke. Es ergab sich, dass eine genügende Desinfection nicht statthat. Die inficirten Borsten verlieren jedoch theilweise ihre Infectiosität, und zwar



dadurch, dass durch die mit den Borsten vorgenommenen Manipulationen eine rein mechanische Entfernung des an den Borsten haftenden Milzbrandmaterials stattfindet. Bewiesen wurde dies dadurch, dass einerseits in den Rückständen (von Kaliumpermanganat u. s. w.), wenn sie mit der Centrifuge behandelt worden sind, fast regelmässig virulenter Milzbrand gefunden wurde, während andererseits die vorher inficirten Borsten meist ihre Infectiosität verloren hatten. Verf. schlägt daher vor, dass, so lange keine zwangsweise Desinfection der Borsten durch strömenden Dampf eingeführt sei, wenigstens bei obigem Verfahren eine möglichst energische Abspülung der Borsten mit Wasser stattfinden solle, dies jedoch, ohne dass die Hände der Arbeiter dabei in Berührung mit dem Spülwasser kommen dürften.

161. ***Ueber die schädlichen Bestandtheile derjenigen Gummisachen, mit denen Kinder verschiedenen Alters in Berührung kommen.*** *Von* ***A. Bulowsky*** *Moskau. (Arch. f. Hygiene. 2. Heft. III. Bd.)*

Auf Grund sorgfältiger, im hygienischen Institute in Moskau angestellter Versuche gelangt Verf. zu folgenden Ergebnissen: I. Alle Gummisachen, mit denen Kinder in Berührung kommen, sind unschädlich: 1. wenn sie im Feuer schwimmen, 2. wenn sie elastisch sind, 3. wenn sie von weicher Consistenz sind. II. Je grösser das specifische Gewicht der Gummiwaaren, um so bedeutender ist auch ihr Aschengehalt, d. h. desto grösser ist der Gehalt an mineralischen Beimengungen und folglich desto geringwerthiger die Waare. III. Schwarze Warzen- und Saughütchen sind unschädlich. IV. Schwarze Puppen, wenn sie in der Masse schwarz gefärbt sind, sind schädlich, da sie Bleioxyd enthalten; man kann sie von den unschädlichen schwarzen Gummisachen dadurch unterscheiden, dass sie im Wasser untersinken. V. Rothe oder rothbraune Puppen und Gummispielzeuge, die in der Masse roth oder rothbraun gefärbt sind, sind unschädlich, da sie Fünffach-Schwefelantimon enthalten. VI. Alle grauen Gummisachen, besonders solche, die Kinder oft in den Mund nehmen, um daran zu saugen, wie z. B. graue Saughütchen, sind relativ schädlich. da sie Zinkoxyd enthalten. VII. Unter den Farben, mit denen Gummisachen oberflächlich gefärbt sind, befinden sich auch giftige.

162. ***Ueber rationelle Anordnung der Unterrichtspausen in den Schulen.*** *Von* ***M. K. Hakonson-Hansen,*** *Lehrer der Naturgeschichte in Drontheim. (Monatsbl. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1893. 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 86.)*

In neuerer Zeit hat man es, namentlich in den grösseren Städten, aber auch in Landgemeinden eingeführt, den gesammten Unterricht des Tages auf den Vormittag in die Stunden von 8—1 oder auch von 8—2 zu legen. Wo dies der Fall ist, tritt nach Verf. die Nothwendigkeit regelmässiger Pausen zwischen je zwei Unterrichtsstunden, wobei die Kinder in das Freie geführt werden müssen, ein. Aber man scheint doch sehr wenig darüber einig zu sein, in welchem Ausmasse diese Unterbrechungen stattfinden sollen; ebensowenig besteht über die Vertheilung der Pausen auf die Unterrichtszeit eines Tages Uebereinstimmung. In einzelnen Städten sind die Freipausen auf einige wenige Minuten zwischen



je zwei Stunden beschränkt, in anderen zu einer einzigen langen Pause von $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden zusammengezogen, in noch anderen werden nach jeder Stunde 5—7 Minuten freigegeben. Keine dieser Methoden ist jedoch ganz zufriedenstellend; der wesentlichste Einwand ist der, dass die freie Zeit dadurch auf ein Minimum beschränkt wird, und zu sehr abgekürzt verlieren die Ruhepausen ihre Bedeutung. Dazu kommt, dass jedenfalls in der Mitte der Unterrichtszeit eine grössere Pause eintreten muss, in welcher die Kinder in Ruhe und ohne Hast ihr mitgebrachtes Frühstück verzehren können. Die dänische Schulcommission hat bezüglich der Regelung der Freizeit empfohlen, es soll eine Freizeit von mindestens 44 Minuten für eine täglich fünfstündige und von mindestens 52 Minuten für eine sechs- bis achtstündige Unterrichtszeit festgesetzt werden, also im Durchschnitt eine Freizeit von 14·5% der gesammten täglichen Schulzeit. Die elsass-lothringische Schulcommission verlangte sogar eine Freizeit von 18·3% und richtete zugleich ihre Forderung dahin, dass die Pausen fortgesetzt wachsen sollen, wenn mehr als zwei Stunden aufeinander folgen. *Baginski* verlangt, dass, ausser der Unterbrechung von 10—12 Minuten zwischen je zwei Stunden, nach der dritten oder vierten Stunde den Kindern eine Freizeit von einer vollen halben Stunde eingeräumt werde, d. h. im Ganzen 20—22% Pausen. Verf. legt noch ein besonderes Gewicht auf die Abwechslung zwischen schwereren und leichteren Schulstunden und formulirt seinen Vorschlag folgendermassen: 8—8.50 Uhr geistige Beschäftigung, 8.50—9 Uhr Freipause von 10 Minuten, 9—9.50 Uhr Fertigkeiten, 9.50—10 Uhr Freipause von 10 Minuten, 10—10.50 Uhr geistige Beschäftigung, 10.50—11.10 Uhr grosse Freipause von 20 Minuten für das Frühstück, 11.10—12 Uhr geistige Beschäftigung, 12—12.10 Uhr Freipause von 10 Minuten, 12.10—1 Uhr Fertigkeiten, 1—1.10 Uhr Freipause von 10 Minuten, 1.10—2 Uhr geistige Beschäftigung. Dieser Vorschlag beansprucht 16·6% der täglichen Schulzeit, steht aber in der Mitte. Wenn irgend möglich, sollen sämmtliche Pausen von den Kindern im Freien verbracht werden. Für den Fall schlechten Wetters müsste ein besonderer Raum vorhanden sein, der alle Schulkinder bequem fassen könnte; zu diesem Zwecke sollten die Corridore des Schulhauses in eine geräumige Vorhalle einmünden, die dem genannten Zweck zu dienen hätte.

163. ***Untersuchungen über den Bacteriengehalt des Badewassers.*** *Von Dr. **Max Edel**. Aus dem hygienischen Institute zu Berlin. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 1.)*

Auf eine ziemlich ausführliche Einleitung, in der Verf. allerlei Notizen über Einrichtung und Betrieb von Wannen- und Schwimmbädern zusammenstellt, folgt eine Darstellung der zahlreichen Pilzzählungen, die Verf. am Badewasser angestellt hat. Die Hauptergebnisse sind etwa folgende: Ein reinlicher Mensch gibt an ein Wannenbad ohne Seife etwa 830—6530 Millionen Bacterien ab. Ein Fussbad (ein Fuss von einer Hand gewaschen) zeigte eine Pilzzunahme von 180 Millionen Keimen. — In Schwimmbädern erwies sich zuweilen schon das „reine“ Wasser als sehr pilzreich, ohne dass immer in der Stagnation eine ganz befriedi-



gende Erklärung gefunden werden konnte. In zwei Versuchen an dem Schwimmbad eines Gymnasiums enthielt das Wasser

vor dem Baden 491, nach dem Baden 15.465 Bacterien
„ „ „ 3494, „ „ „ 16.508 „

Ein Schüler hatte hier einmal 27·9 Milliarden, das andere Mal 26·3 Milliarden Bacterien abgegeben — wobei allerdings noch Momente, wie: Luftstaub, Bacterien der Badekleidung, Aufwirbeln sedimentirter Bacterien störend (die Pilzzahl steigernd) mitwirken. In einigen Versuchen zeigte Verf., dass in Badeschwämmen und sterilisirten wässerigen Anzügen aus Badeschwämmen eine stärkere Bacterienentwicklung stattfindet als im gleichen Wasser, das nicht aus einem Badeschwamm Nährstoffe aufnahm.

Literatur.

164. ***Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage*** *für praktische Aerzte und Studirende. Von Dr.* ***R. v. Krafft-Ebing,*** *k. k. Hofrath und o. ö. Professor der Psychiatrie und der Nervenkrankheiten an der Universität Wien. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.*

Das in fünfter Auflage vorliegende Lehrbuch des Verf.'s ist nach Eintheilung des Stoffes und nach der Behandlung desselben seinen Vorgängern möglichst treu geblieben. Selbstverständlich hat Verf. den Fortschritten psychiatrischen Wissens in sämmtlichen hier behandelten Fragen gewissenhaft Rechnung getragen. Demnach wird das rühmlichst bekannte Werk, welches sich besonders durch die scharfe Schilderung der klinischen Bilder der Psychosen, sowie durch eine glückliche übersichtliche Ordnung des Materiales auszeichnet, auch in vorliegender Auflage zur Verbreitung gründlichen Wissens auf diesem wichtigen Gebiete der ärztlichen Praxis beitragen. *—r.*

165. ***Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.*** *Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte, unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner herausgegeben von Prof. Dr.* ***Albert Eulenburg.*** *Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt und Farbendrucktafeln. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage. I. Band. A a c h e n—A n t i s e p s i s. Wien und Leipzig 1894. Urban & Schwarzenberg.*

In rascher Folge seit dem Erscheinen der ersten Lieferungen liegt nun der I. Band der dritten Auflage der bei den praktischen Aerzten, sowie bei den klinischen Forschern im gleichen Masse anerkannten und geschätzten „Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde" vor. Ein kurzer Vergleich des vorliegenden und des beinahe vor 10 Jahren erschienenen I. Bandes der zweiten Auflage belehrt uns alsobald, dass die rasche Fortentwicklung der klinischen Doctrinen in Bezug auf Aetiologie, Symptomatologie und Diagnostik, sowie auch die Geltung, welche neuere Heilverfahren auf den zu hoher Entwicklung gelangten Gebieten der medicinischen Specialfächer errungen haben, die Nothwendigkeit einer dritten Auflage des als Nachschlagebuch dienenden Werkes zweifellos bedingt haben. In dem ganzen Bande sind nicht nur neue Schlagworte, wie Accumulatoren, Actinomycosis, Acclimatisation, sowie zahlreiche neuere Arzneimittel neu aufgenommen, auch die von der früheren Auflage herüber genommenen

Artikel sind ausnahmslos auf den dermaligen Standpunkt der Wissenschaft gebracht, zum Theil gekürzt, zum Theil, wie dies die Literaturnachweise zeigen, mit wichtigen Ergänzungen versehen. Der Leser erfährt es bald, dass in dieser neuen Auflage nicht etwa Altes in compendiöser Form umgelagert ist, sondern dass jeder Einzelartikel im Sinne der neuen Auffassung der Doctrin dargestellt wurde. Der moderne Standpunkt der Autoren war zweifellos in den früheren zwei Auflagen des Verf.'s eine der Anziehungskräfte, die dem Werke die allgemeine Anerkennung verschafften und wie uns die Durchsicht des I. Band der dritten Auflage belehrt, wird das Werk auch jetzt diesen wichtigen Vorzug bewahren. Als Beweis hierfür möge auch der letzte Aufsatz dieses Bandes herangezogen werden, in welchem Prof. *E. Küster* unter dem Schlagwort Antisepsis und Asepsis die Wundbehandlung in kritischer Weise bis auf den neuesten Standpunkt der Chirurgie schildert. Die Verlagshandlung bethätigt sich bei der vorliegenden Auflage durch freundlicheren Druck und sehr sorgfältige, solide Ausstattung. *—sch.*

166. ***Compendium der Arzneiverordnungslehre für Studirende und Aerzte*** *von Prof. Dr.* ***Rudolf Kobert,*** *Director des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Zweite erweiterte Auflage. Mit 121 Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893. XII und 364 S. 8°.*

In rascher Folge erscheint die vorliegende Arzneiverordnungslehre nach wenigen Jahren in zweiter Auflage. Das Werk zeichnet sich namentlich im speciellen Theile durch eine besondere Berücksichtigung der Anwendungsformen der neuen Therapie aus und enthält in dieser Beziehung sehr Vieles, was dem Arzte sehr nothwendig ist und was er vergebens in Handbüchern der klinischen Doctrinen suchen würde, in übersichtlicher Form geordnet. So finden wir bei den „trockenen Arzneiformen" namentlich die trockenen Verbandstoffe, Wattepräparate, Baumwollenpräparate, Holzwollpräparate, Glaswolle, Asbestwolle, Torfmoorpräparate zugleich mit der Methode der Herstellung des aseptischen Verbandmateriales geschildert. Bei der Schilderung der „festweichen Arzneiformen" ist den Verbandleimen, Hautleimen, Firnissen, Pasten, wie sie in der Dermatologie nunmehr so häufig gebraucht werden, ferner den verschiedenen Formen der Suppositorien eingehend Rechnung getragen. Von den „flüssigen Arzneiformen" sind es die Clysmata und Balnea medicata, bei deren Verordnung auch der ältere Arzt das Nachschlagen nicht gut lassen kann. So ist das Buch sowohl für den Anfänger, der sich an eine rationelle Verschreibungsmethode gewöhnen muss, als für den beschäftigten Praktiker gleich nützlich. Die neue Auflage ist überdies durch neue Capitel, neue Abbildungen und Ergänzungen der früheren Capitel vermehrt.

Kleine Mittheilungen.

167. ***Ein Fall von menstrualer Iritis.*** *Von Dr.* ***Saulay.*** *(Recueil d'ophthalm. 1893. August. — Centralbl. f. Augenhk. 1893. Dec.)*

Bei einem 21jährigen Mädchen, das immer normal menstruirt war, hörte in Folge einer heftigen Gemüthsbewegung am zweiten Tage nach Eintritt der Periode die Blutung plötzlich auf. Am nächsten Tage stellten sich die ersten Symptome einer Iritis ein, die sich zwar durch die Behandlung besserte, aber erst heilte, als nach Verlauf eines Monates die Menses wieder auftraten. Verf. hält dafür, dass hier ein



causaler Nexus zwischen Uterinstörung und Augenentzündung vorliege, indem möglicher Weise eine Verschleppung von infectiösen Keimen oder von Toxinen oder von beiden vom Uterus nach den Augen stattfinde.

168. *Gonzales* berichtet über combinirte Anwendung von ***Morphium und Sulfonal.*** Sulfonal ist wohl ein Hypnoticum von ziemlich sicherer Wirkung, der Sulfonalschlaf ist aber ein leichter und wird durch schmerzhafte Empfindungen, sowie durch Hustenreiz leicht unterbrochen. Diese Empfindungen werden durch kleine Dosen von Morphium, welche zur Hervorrufung des Schlafes an sich ungenügend sind, beseitigt. Deshalb ist die combinirte Anwendung von Morphium und Sulfonal im Stande, einen langdauernden und ruhigen Schlaf zu erzeugen, sobald die Schaflosigkeit auf schmerzhafte Sensationen oder Reizungszustände zurückzuführen ist. Durch Thierversuche konnte sich Verf. überzeugen, dass die combinirte Wirkung des Morphiums und des Sulfonals eine tiefe Narcose erzeugt, ohne nachtheiligen Einfluss auf Athmung und Kreislauf.

(Nouv. remèdes 1893. 22. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894, pag. 32.)

169. ***Zur Erkennung verdorbenen Fleisches*** wird das *Eber*'sche Reagens (1 Theil Salzsäure, 3 Theile Alkohol, 1 Theil Aether) empfohlen. Nähert man einen mit diesem Reagens befeuchteten Glasstab dem verdächtigen Fleische, und zeigen sich Nebel (von der Bildung von Salmiak herrührend), so ist das Fleisch verdorben und darf höchstens zu Düngezwecken verwendet werden. (Zeitschr. f. Nahrungsmittelunters. 1893. Heft 19. — Med. Neuigkeiten. 1893. 51.) Faulendes Fleisch wird gewiss die obige Reaction geben; es wäre aber gefährlich, ein Fleisch erst dann für ungeniessbar und verdorben zu erklären, wenn es Dämpfe von Ammoniak entwickelt. *Loebisch.*

Sitzungsberichte.

170. ***Demonstration eines Falles von Myositis ossificans progressiva.*** *Von Dr. Linsmayer. Nach dem Vortrag, gehalten im Vereine f. Psychiatrie in Wien am 14. November 1893. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 1.)*

Der Fall von Myositis ossificans progressiva betrifft den 28 Jahre alten A. S., jüdischer Rasse, geboren in Rumänien. Er stammt aus gesunder Familie. In seinem 12. Lebensjahre acquirirte er ein Wechselfieber. 1 1/2 Jahre später erkrankte S. neuerdings, angeblich an Typhus. Vor 9 Jahren kam er eines Abends vom Fahren mit Pferden heim und stellte mit Mühe seine Pferde ein, denn ein heftiger Schmerz im rechten Arme und Schultergelenke hatte ihn befallen, dem bald Schwellung, Hitze und Röthung der Haut daselbst folgte. Der Schmerz war andauernd so heftig, dass Patient durch ein paar Wochen nicht liegen, nicht sitzen mochte, sondern immer herumlief. Zu gleicher Zeit war Kiefersperre eingetreten, so dass er nur mühsam flüssige Nahrung zu sich zu nehmen im Stande war. Im Verlaufe des 2. und 3. Monates liessen die Schmerzen allmälig nach, die Schwellung am Arme trat zurück und wie nach Ablauf der Wildwässer die Vermuhrung zu Tage tritt, so machte sich dem Patienten eine ausgedehnte Knochenablagerung am rechten Oberarme bemerkbar, mit Unbeweglichkeit des rechten Schulter- und Ellbogengelenkes. Im April des folgenden Jahres erneuerte sich die Krankheit wieder, hielt abermals 3 Monate an und sistirte wieder durch die folgenden 9 Monate; und so ging es durch 7 Jahre fort, worauf Patient bis zum heutigen Tage, also durch 2 Jahre, von jedem Anfalle verschont blieb. In diesen 7 Jahren wurden nacheinander befallen der rechte Oberarm mit der Schulter, die rechte Nacken- und Schulterblattgegend, die



untere rechte Hälfte des Rückens mit dem Gesässe, der Rücken links, die rechte Beckenhälfte und rechte untere Extremität, die linke untere Extremität, endlich die linke obere Extremität mit der Schulter. Wenn wir nun den gegenwärtigen Stand der Dinge betrachten, so finden wir als Resultat der vorausgegangenen Erkrankungen 1. Verknöcherungen von Muskeln, Sehnen und Fascien, 2. Exostosen und 3. Muskelatrophien.

Durch die Verknöcherungen entstanden nun gewisse Folgezustände, Gelenksankylosen mit secundären Muskelatrophien und Deformitäten in Haltung und Erscheinung der einzelnen Glieder sowohl als des ganzen Körpers. Die verschiedenen Gelenke wurden functionsuntüchtig zuerst wohl durch mechanische Behinderung, wenn über sie hinüberziehende Muskeln und Sehnen verknöcherten, sie wurden sozusagen von ihrer Function ausgesperrt. Wir finden so an dem Kranken totale Unbeweglichkeit des Kopfes und der Wirbelsäule, fast totale des Unterkiefers, totale der beiden Schulter-, des rechten Hüft- und Sprung-, sowie des linken Kniegelenkes und Gelenkes der linken grossen Zehe, ferner fast vollständige Ankylose des rechten, und incomplete des linken Ellbogengelenkes. Dabei sind die Gelenke in gewissen Lagen fixirt, so dass der Kranke vor uns steht mit stark vornüber gebeugtem Kopf und Rumpf, die beiden Oberarme am Stamme anliegend, das rechte Ellbogengelenk in halber Flexion, desgleichen das rechte Hüft- und linke Kniegelenk. Der Kranke ist im Stande, sich mühsam mit Hilfe eines in der linken Hand gehaltenen Stockes fortzubewegen, auch kann er mit der linken Hand sich das Essen in den Mund schieben und sich zum Theil allein aus- und ankleiden. Die Sprache ist in Folge der Mundsperre etwas unfrei. Das Schlingen ist unbehindert. Die psychiatrischen Functionen des Patienten, sowie seine Sinnesorgane sind normal, die Sensibilität ist integer, die Sehnenreflexe deutlich erhöht, die Knochen- und Hautreflexe desgleichen in geringerem Grade, das Verhalten der gesunden Muskeln gegen den faradischen Strom der Norm entsprechend, das der erkrankten nur nach Massgabe ihrer Atrophie quantitativ verändert. Auf den galvanischen Strom reagiren Muskeln und Nerven in normaler Weise, die partiell atrophischen sogar überaus lebhaft. Die mechanische Erregbarkeit bietet zu keiner Bemerkung Anlass. Von der vorliegenden Krankheitsform finden sich in der ganzen Literatur nicht mehr als 20 bis 22 Fälle. Diese aber gleichen sich im Grossen und Ganzen in auffälliger Weise. Alle betreffen zumeist jugendliche Individuen, unter 12 Jahren, selbst bald nach der Geburt sah man die Krankheit schon auftreten, nur einer der beobachteten Fälle zählte zu Beginn der Krankheit bereits 46 Jahre. Das männliche Geschlecht zeigt sich öfter befallen als das weibliche. Fast immer beginnt die Krankheit in der oberen Körperhälfte, gewöhnlich am Nacken, seltener wie hier am Arme. Ueber deren Aetiologie wissen wir nichts. Die Krankheit setzt ein mit acuten, fieberhaften Erscheinungen und mit den Zeichen der Entzündung in der Musculatur, dem Zellgewebe und der Haut; sie schreitet in durch kürzere oder längere Pausen getrennten Schüben gewöhnlich über den Rücken vor und endet mit wahrer Knochenbildung in den Muskeln, daher der (von *Münchmeyer* zuerst gegebene) Name: Myositis ossificans progressiva. Gewisse Muskeln bleiben stets frei, so die des Gesichtes, der Zunge, des Kehlkopfes, der Bauchmusculatur, die Sphincteren, die Muskeln des Dammes, der Augen und Ohren, die Schlundmuskeln, die der Genitalien und inneren Organe. Manchmal werden die zu einem Nervengebiete gehörigen Muskeln vor-



zugsweise befallen. In unserem Falle ist es vorzüglich die Rückseite des Körpers, die erkrankt ist.

Die Verknöcherungen selbst sind aber (wie *Cahen* eingehend dargethan) immer wahre, zuerst nach dem endochondralen, später nach dem periostalen Typus vor sich gehend. Sie sind ferner nach demselben Autor primäre Muskelverknöcherungen (nach Zerfall der Muskelfasern) und nicht Hineinwachsungen vom Knochengerüste ausgehender Exostosen. Von anderen Complicationen wurden beobachtet in einem Falle Epilepsie, einmal Atrophia n. o., einmal Tabes, einmal Mikrodactylie. Das gleichzeitige Bestehen von Muskelatrophien wäre in unserem Falle die auffälligste Complication. Ich möchte gleich hier bemerken, dass man diese Muskelatrophien als Inactivitätsatrophien auffassen könnte. Da erscheint es aber dann auffallend, dass andere Muskeln, die ebenfalls wegen Ankylose ihres Gelenkes ungeübt bleiben, nicht atrophisch geworden sind, wie z. B. in unserem Falle die Adductoren des rechten Oberschenkels. Wir kommen hiermit zu der Frage, wie ist die Krankheit aufzufassen? Wenn wir zum Vergleiche ähnliche bereits bekannte Muskelerkrankungen herbeiziehen wollen, so präsentiren sich uns vor Allem die primären musculären Dystrophien *(Erb)* einerseits, die Polymyositis acuta *(Strümpell)* andererseits. Beide bieten Aehnlichkeiten und Unterschiede.

Die Dystrophien ähneln unserer Krankheit, indem sie ebenfalls im jugendlichen Alter aufzutreten pflegen, gewisse Typen einhalten, d. i. gewisse Muskelgruppen befallen, andere frei lassen, ohne dass die betreffende Regel ausnahmslos ist. Wir sehen so den antibrachialen, den scapulo-humeralen Typus in der Regel an der oberen Körperhälfte auftreten. Die genannten Krankheiten schreiten ebenfalls in Schüben über viele Muskelgebiete fort, schonen dabei regelmässig gewisse Muskelgruppen und enden mit oder ohne Neubildung von Binde- und Fettgewebe zwischen den Muskelfasern oder gar Hypertrophie der Muskelfasern selbst, schliesslich mit Atrophie. Dafür unterscheiden sich aber die genannten Dystrophien von der Myositis ossificans durch ihren unscheinbaren Beginn, durch ihr allmäliges Fortschreiten ohne Beschwerden ausser der Functionsstörung, sowie dadurch, dass sie fast stets hereditär oder familiär auftreten. Das acute unter Fieber- und Entzündungserscheinungen erfolgende Einsetzen bei unbelasteten Individuen hat die Myositis ossificans wieder mit der Polymyositis acuta gemein, einer äusserst seltenen, erst seit 6 Jahren besser bekannten (von *Strümpell* und *Senator* zuerst gewürdigten und charakterisirten) Krankheit. Auch diese führt nach Schwellung und Röthung (aber in Form von Exanthem), Schmerz und Hitze (Schweiss) zu Zerfall der Muskelfasern und Atrophie. Doch tritt hier die Erkrankung aller befallenen Muskeln gleichzeitig auf und als Ursache wird analog wie bei der Polyneuritis eine Infection angenommen. Die Myositis ossificans unterscheidet sich also von beiden erwähnten Krankheitsformen durch ihren Ausgang in Ossification, und hat mit der zweiten den entzündlichen Charakter, mit der ersten den weiteren Verlauf gemein. Wenn wir nun mit *Virchow* eine Diathesis ossificans annehmen und constatiren, dass bei unseren Kranken eine solche vorliegen muss, wie aus den Ex- und Parostosenbildungen hervorgeht, so hindert uns nichts mehr, die Krankheit unter die primären Myopathien einzureihen mit dem Ausgang in Ossification, begründet durch die Complication mit Diathesis ossificans, während wir ätiologisch aus der Aehnlichkeit mit der Polymyositis acuta eine Infection als äussere Ursache für sie in

Anspruch nehmen. Dass auch eine Infectionskrankheit in Schüben auftreten kann, lehrt uns die Syphilis und viele andere Krankheiten. „Wann und wie jedoch das infectiöse Agens den Körper betritt, darauf müssen wir die Antwort vor der Hand schuldig bleiben."

Ein interessanter Patentprocess fand kürzlich in England statt. Die Firma *John Richardson & Company*, Limited in Leicester, hatte unter dem Namen „Anaspaline" eine Mischung von Lanolin und Vaselin in den Handel gebracht und collidirte so mit den Interessen der Inhaberin des englischen **Lanolinpatentes**, der Firma *Benno Jaffé & Darmstaedter* in Martinikenfelde bei Berlin, welche gegen diesen Eingriff in ihre Rechte im April 1892 klagbar wurde. Die klagende Firma stützte sich auf das in ihrem Besitze befindliche englische Lanolinpatent von Dr. *Braun* und Dr. *Liebreich* vom Jahre 1892; die Verklagte behauptete dagegen, dass das genannte Patent etwas längst Bekanntes beträfe, da schon vor 2000 Jahren *Plinius* und *Dioskorides* in ihren Schriften das Verfahren der Lanolingewinnung angegeben und „Oesypus" genannt hätten, es müsse daher beregtes Patent für ungiltig erklärt werden. Aus dem 7 Tage dauernden Kreuzverhöre bildete sich der **Richter** folgendes **Urtheil**:

Zunächst constatirte er, dass *Dioskorides* nicht im Stande war, „Lanolin" zu machen. Wenn es selbst einer so gelehrten Persönlichkeit, wie Prof. *Attfield*, nur mit grosser Mühe gelang, Oesypus herzustellen, könne auch nicht behauptet werden, es wäre sehr leicht, solches zu fabriciren, und aus diesem Grunde müsse er daher das **Patent für giltig anerkennen.**

Bezüglich der zweiten Frage lautete das Urtheil dahin, dass sich die Beklagten einfach das ganze Hauptherstellungsverfahren angeeignet hätten. Auch die Zumischung von Vaselin zum Lanolin sei ein absolut unwesentliches Moment, da dadurch der Charakter der Substanz als Lanolin nicht in irgendwie wesentlicher Weise verändert sei. **Die Angeklagten** haben sich den Kern der Erfindung angeeignet und **müssen daher verurtheilt werden.**

Von Interesse ist es noch, **dass alle Sachverständigen und** insbesondere **Prof. Lauder Brunton dem Lanolin das höchste Lob spendeten,** und dass allgemein seine **hohe Bedeutung für die Salbentherapie** hervorgehoben wurde.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Dr. Overlach's Migränin

Löwenmarke

(Citronensaures Antipyrin-Coffeïn).



1. Als vozüglich erprobt **bei den schwersten Fällen der Migräne**, ferner **bei dem Kopfschmerz der Alkohol-, Nicotin- und Morphium-Vergiftung, der Neurasthenie, der Influenza, Grippe** etc. etc.

2. **Bestes Antipyreticum**, auch bei drohendem Collaps, weil der Coffeïngehalt des Migränin gleichzeitig als **Analepticum** vorzüglich wirkt.

Man gebrauche nur **Dr. Overlach's Migränin**, Löwenmarke, und ordinire im Recept stets **„Migränin Höchst“.**

Beste mittlere Dosis für Erwachsene 1,1 gr., einmal oder mehrmals täglich, in Pulver oder Solution.

Alleinige Fabrikanten: **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.**

Neue Präparate

von

E. Merck—Darmstadt

Neurodin, in Dosen von 1 Gramm ein **promptes Antineuralgicum** (**v. Mering,** Therapeutische Monatshefte 1893, Nr. 12).

Thermodin, in Gaben von 0,5 bis 0,7 Gramm ein **mildes Antipyreticum** (**v. Mering,** Therap. Monatsh. 1893, Nr. 12).

Haemol und Haemogallol, neue, von Prof. **Kobert** entdeckte, **leicht resorbirbare Bluteisenpräparate**, empfohlen gegen **Chlorose.** (Intern. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 2; Medicyna vom 18. August 1893; Prag. Pharm. Rundschau, 1893, Nr. 52).

Rubidium jodatum u. Caesium jodatum, vorzügliche **Ersatzmittel des Kalium jodatum.**

Antidiphtherin Klebs, Mittel gegen **Diphtherie**, aus Culturen der Diphtheriebacillen bereitet (Wiener medicinische Wochenschrift, 1893, Nr. 25).

Uropherine (salicylat u. benzoat), **reine Diuretica**, billiges Ersatzmittel des Diuretins (Chr. Gram, Vortrag, gehalten in der medicin. Gesellschaft zu Kopenhagen am 21. März 1893).

Asaprol, wasserlösliches **Antipyreticum** und **Antineuralgicum** (Dujardin-Beaumetz und Stackler, Bull. général de thérap., 1893 vom 10. und 30. Juli).

Scopolamin. hydrobromic., neues **Mydriaticum,** besser wirkend als Atropin (Raehlmann, Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, 1893, Nr. 2).

Sperminum Poehl (sterilisirt in Ampullen) **physiologisches Tonicum, besonders Nervinum,** das sich in fast allen Fällen von Autointoxicationen als wirksam erwiesen hat. (Berliner klin. Wochenschrift 1891, Nr. 39—41, 1893, Nr. 36).

Zu beziehen in Original-Packung durch die Apotheken und Drogerien.

Berichte über die Wirkungen dieser Präparate stehen zu Diensten.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

171. *Die Aethernarcose.*

*Von Dr. **C. Garré.***

(Beitr. zur klin. Chir. Bd. XI. — Centralbl. f. Chir. 1894. 3.)

Während nach den vereinzelten Mittheilungen hervorragender Chirurgen die Chloroformtodesfälle im Ganzen recht selten zu sein schienen *(Billroth, Bardeleben, Nussbaum)*, zeigte die vor einigen Jahren von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in's Leben gerufene Narcotisirungsstatistik, dass die Chloroformtodesfälle in Deutschland viel häufiger sind, als nach den bekannten Einzelstatistiken vermuthet werden konnte, und bewies zugleich, dass die Ergebnisse der deutschen Statistik mit denen der englischen, die bisher als besonders gravirend für Chloroform gelten mussten, ziemlich genau übereinstimmen. Das Facit der deutschen Statistik ist zu Anfang des Jahres 1893: 1 Todesfall auf 2907 Chloroformirungen und 1 Todesfall auf 14.646 Aetherisirungen. Es liegt daher nahe, dass der Aether auf Grund dieser Statistik auch in Deutschland wieder mehr in Aufnahme kam.

Bezüglich der Technik der Aethernarcose sind die Vorbereitungen zur Narcose und die Vorsichtsmassregeln während der Narcose dieselben, wie beim Chloroform. Bei notorischen Säufern empfiehlt Verf. eine Morphiuminjection 10—15 Minuten vor der Operation. Die beste Maske sei die *Julliard*'sche, mit oder ohne die *Dumont*'sche Modification; bei Kindern bedient sich Verf. der *Esmarch*'schen Chloroformmaske, die über dem Flanell noch einen Ueberzug von Impermeabel trägt. Nach dem Grundsatze, dass der Aether möglichst concentrirt und in grossen Dosen eingeathmet werden muss, wird zuerst eine kleine Quantität Aether, der ganz rein sein muss (10—20 Ccm.), aufgegossen, damit der Kranke bei locker aufgelegter Maske sich an die Aetherdämpfe gewöhnt. Nach einer halben Minute wird dann die Maske fest auf's Gesicht gedrückt und in der 2. Minute eine grössere Dosis von 30 Ccm. nachgeschüttet und der Rand der Maske mit einem Handtuch umwickelt. Nicht selten ist noch ein dritter Aufguss nothwendig, um volle Anästhesie zu erzielen. Durchschnittlich tritt nach 4 Minuten die volle Narcose ein. Beständige Beobachtung des Pulses ist nicht nothwendig, dagegen soll die Athmung genau controlirt werden.

Ist einmal volle Narcose erzielt, so bleibt die Maske ruhig liegen, und wenn Patient zu reagiren beginnt, wird neuer Aether aufgegossen. Der Durchschnittsverbrauch für eine halbstündige Narcose berechnet sich nach Verf.'s Beobachtungen auf ungefähr 80 Ccm.

In manchen Fällen tritt ein heftiges Aufregungsstadium ein, doch fällt dasselbe meist auf Rechnung einer unrichtigen Leitung der Narcose. Als unangenehme Folge der Aethernarcose wird der bis zu 2 Tagen anhaltende widerliche Geruch der Exspirationsluft nach Aether hervorgehoben und als Nachkrankheit Bronchitis, selten catarrhalische Pneumonie durch Aspiration der in die Trachea secernirten Schleimmassen.

Bezüglich der physiologischen Wirkung der Aetherinhalation sind bemerkenswerth die Untersuchungen von *Dreser*, wonach der Kohlensäuregehalt unter der *Juillard*'schen Maske nie 1·7 Volumprocente überstieg, so dass die in der Maskenluft gefundenen Kohlensäuremengen nur anregend, nicht lähmend auf das Athemcentrum wirken können, sodann die von *Holz* in der *Bruns*'schen Klinik ausgeführten tachometrischen Messungen am Menschen, die ergaben, dass in der Aethernarcose eine bedeutende Steigerung der Pulsstärke, eine Zunahme des Blutdruckes zu constatiren ist, und endlich die Untersuchungen *Wunderlich's*, der bei 60 Aethernarcosen nur 4mal leichte Albuminurie fand.

Unter den „üblen Zufällen" betont Verf. das häufige Erbrechen, d. h. in ungefähr 25% während und in 40% der Fälle nach der Narcose, sowie den widerwärtigen Aethergeruch der Exspirationsluft nach der Narcose. Schleimansammlung im Rachen und in der Luftröhre haben keine unangenehmen Folgen, ebensowenig der Hustenreiz. Das stürmische Erregungsstadium bei Potatoren wird dadurch bekämpft, dass die unteren Extremitäten durch einen über die Knie gehenden Querriemen und die eine Hand mit einer Fessel an dem Operationstisch befestigt werden, sonst benöthige man handfester Hilfe, und als Prophylacticum gegen störendes Aufregungsstadium wird die subcutane Morphiuminjection empfohlen. Die sogenannten Aetherkrämpfe beseitigt man durch energische Aetherisation mit hohen Dosen unter Abschluss der atmosphärischen Luft. Die Respirationssyncope in voller Narcose — die Folge einer Lähmung des Respirationscentrums, erzeugt durch ein Uebermass von Aether — könne, wenn frühzeitig bemerkt, fast ausnahmslos durch künstliche Respiration behoben werden. Die aus der Explosion und Entzündung der Aetherdämpfe entstehenden Gefahren sind übertrieben worden und können durch Vorsicht vermieden werden.

Der typische Aethertod ist durch den primären Respirationsstillstand und die secundäre Herzlähmung charakterisirt, und die Zone maniable bewegt sich für den Aether in weiteren Grenzen, als für das Chloroform. „Die Syncope, die im Beginn der Chloroformnarcose blitzähnlich den Patienten hinrafft, kommt bei der Aethernarcose nicht vor."

Als Contraindicationen gelten nach Verf. nur: Erkrankungen der Luftwege, Bronchitis, pneumonische Erscheinungen, Emphysem, Lungeninfiltrate, Compression der Trachea und Operationen mit dem Glüheisen im Gesicht und am Halse. Ganz zu entbehren ist das Chloroform noch immer nicht. Bezüglich der sogenannten



gemischten Narcosen stellt Verf. die Behauptung auf, dass jede der gemischten Narcosen grössere Gefahren als die Aetherisation in sich schliesse.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

172. ***Ein objectives Augensymptom der Neurasthenie.*** *Von Dr. S. Bannas, Breslau. (Medico. 1894. 3. — Der Irrenfreund. XXXV. 1892. 10.)*

Bei Gelegenheit von Untersuchungen, die sich auf das Verhalten des Lidschlusses, so wie derselbe im Schlafe vor sich geht, bezogen, konnte Verf. ein objectives Symptom der Neurasthenie nachweisen, auf das schon *Rosenbach* vor 7 Jahren hingewiesen hatte. Bei der geringen Anzahl objectiver Symptome der Neurasthenie verdient die Beobachtung besonders Interesse. *Rosenbach* schildert das in Frage stehende Symptom folgendermassen: Gibt man neurasthenischen Personen auf, in der zur Prüfung des *Romberg*'schen Phänomens üblichen Stellung den Verschluss der Augen auszuführen, so fangen sie an zu blinzeln oder sie schliessen die Augen bis auf einen kleinen Spalt, um sie sofort wieder zu öffnen und sich ängstlich umzublicken. Je energischer man den Befehl wiederholt, desto krampfhaftere Anstrengungen machen sie, ihn auszuführen, aber ohne weiteren Erfolg, als dass sie noch stärker blinzeln oder die heftigsten Contractionen der Stirn- und Gesichtsmuskeln produciren, im günstigsten Falle schliessen sie die Lider eben nur lose. In dieser Unvollkommenheit des Lidschlusses sieht *Rosenbach* ein sehr wesentliches Symptom der nervösen Erschöpfbarkeit. Warum schliesst der Neurasthenische nicht mit einem Ruck und für so lange Zeit, als es verlangt wird, die Augen? Erstens deshalb, weil er ängstlich und unruhig ist, zweitens weil er in der Erinnerung an seine Schwindelanfälle, an seine vermeintliche Unsicherheit beim Stehen und Gehen bei geschlossenen Augen, umzufallen fürchtet, drittens weil er im Allgemeinen überhaupt nicht im Stande ist, namentlich auf Befehl, eine ungewohnte Bewegung, wie das Zusammenkneifen der Augen mit seinen „undisciplinirten" Muskeln sofort in gewünschter Weise auszuführen, viertens weil ihn die energische Contraction der Muskeln sehr schnell ermüdet. Erst nach zahlreichen Versuchen und energischem Zureden gelingt zuweilen das so leicht auszuführende Manöver, nicht selten erst unter manifesten Zeichen der Abspannung und dem Eingeständnisse, dass die Procedur eine ermüdende und unangenehme sei. Auf Grund seiner damaligen Beobachtungen stand *Rosenbach* nicht an, in zweifelhaften Fällen, in welchen die Diagnose zwischen blosser Nervosität und beginnender organischer Erkrankung, namentlich der Medulla spinalis, schwankte, das Vorhandensein des oben beschriebenen Phänomens als wichtiges und ausschlaggebendes Moment für die Annahme der Neurasthenie zu verwerthen. In der That konnte Verf. das in Frage stehende Symptom niemals bei organischen Nervenleiden beobachten, während dasselbe in 27 Fällen von typischer Neurasthenie, die unter dem Krankenmaterial (4000 Fälle) der *Wolffberg*-



schen Augenklinik 1892/93 beobachtet wurden, nachgewiesen werden konnte. Einige Fälle von Neurasthenie mit dem *Rosenbach*'schen Symptom zeigten Uebergänge zu Melancholie und vielleicht wirklichen Geisteskrankheiten. Von Interesse ist es auch, dass bei der traumatischen Neurose, von der etwa 20 Fälle zur Untersuchung kamen, keiner das in Frage stehende Phänomen zeigte. Ebenso fehlte dasselbe auch bei der sogenannten Migraine ophthalmique.

173. ***Zur Frage der „eiweissfreien" Oedeme.*** *Von W. P. Grawirowski. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 10.)*

Auf dem IV. Congress russischer Aerzte hat *W. W. Tschirkow* über Fälle von eiweissfreien Oedemen berichtet, worunter er Oedeme verstand, die sich keineswegs unter die so gut erforschten Oedeme einreihen lassen, bei denen man im Urin kein Albumen vorfindet. Der Berichterstatter hat 4 Fälle beobachtet, bei denen ihm, nachdem die meisten Mittel versagten, das Jodkalium glänzende Resultate lieferte. Lehrreich war besonders der letzte Fall: Patient, weder mit Syphilis noch Alkoholismus behaftet, klagt über Oedeme an den Waden. Chinin und Arsen waren wirkungslos, denn die Schwellung erreichte bereits den Thorax. Auf Jodkalium aber verschwanden die Oedeme sofort. *Tschirkow* glaubt die Ursache dieser Oedeme in einer syphilitischen Infection der vasomotorischen Nerven gefunden zu haben, worauf auch die Wirkung des Jodkalium schliessen lässt, während andere eine syphilitische Infection nicht zugeben mochten. Man kann nun die Frage stellen: 1. Besteht wirklich eine besondere klinische Form eiweissfreier Oedeme, welche in directer Abhängigkeit von Lues sich befindet? 2. Wenn ja, wodurch werden dann die Oedeme ausgelöst, d. h. welche Gewebe werden da befallen? Von *Tschirkow* wurde nicht Erwähnung gethan, dass vielleicht das Befallen des Lymphsystems zu Oedemen führen könnte. Verf., der Director eines Gefängniss-Hospitales ist, hat einen Fall beobachtet, wodurch, nach seiner Meinung, etwas mehr Licht über die Aetiologie der eiweissfreien Oedeme gebracht werden wird. Patient kam wegen starker Diarrhoe in's Krankenhaus. Bei der Inspection bemerkte Verf. ein Oedem am linken Fusse des Patienten. Die Lymphdrüsen in der linken Leiste vergrössert, indolent, beweglich. An den Genitalien keine Veränderung bemerkbar. Urin enthält weder Albumen, noch andere pathologische Bestandtheile. Nach der Erzählung des Patienten war das Oedem vor $1^1/_2$ Wochen aufgetreten und hat rasch an Grösse zugenommen. Es wurden nun Mittel zur Stillung des Durchfalls verordnet, zugleich ein Diureticum (Coffeinum natro-salicylicum); die Drüsen wurden mit Jodkalisalbe eingerieben. Nach 4 Tagen besserte sich das allgemeine Befinden, aber die Schwellung nahm zu, die Menge des Urins veränderte sich nicht. Dieses eigenthümliche Verhalten forderte zur genaueren Untersuchung auf, und Verf. fand, dass sämmtliche Drüsen (Occipital-, Cubital-, Submaxillar- und die rechten Maxillardrüsen) vergrössert waren, am Körper erblickte man weisse Narben, welche grosse Aehnlichkeit mit Leucodermen hatten, die Lymphgefässe waren als dicke Schnüre fühlbar. Trotz des Ableugnens einer luetischen Infection von Seiten des Patienten und trotzdem die Inspection der Schleimhäute, Knochen u. s. w. ein negatives Resultat ergab, glaubte Verf. aus



den Narben doch auf Lues schliessen zu können und die Lymphangitis und Lymphadenitis dieser Infection zuschreiben zu dürfen. Es wurde Jodkalium verschrieben und die Wirkung war überraschend. Verf. glaubt aus diesem Fall darauf schliessen zu dürfen, dass das Oedem auf luetischer Basis beruht, und zwar durch Affection des Lymphsystems. Er führt noch zwei Fälle an, die von *Hutchinson* (The Lancet. 1876. 26. August) beobachtet wurden, bei denen es sich auch um eiweissfreie Oedeme handelte, die nach anti-syphilitischer Behandlung bald verschwanden, und wo der Befund eine Lymphadenitis und Lymphangitis ergab.

174. ***Ein eigenartiges Sprech- und Schluckhinderniss.*** *Mittheilung von Dr.* ***O. Nägeli.*** *(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 2.)*

Eine 63jährige Bäuerin konnte plötzlich während des Melkens der Kuh die Zunge nicht mehr bewegen. Der Verf. herbeigerufen, findet einen in höchster Angst befindlichen Kranken; die Untersuchung ergab etwas beschleunigten, aber regelmässigen Puls, wenig verengerte, jedoch gleiche Pupillen, keine Störungen im Gebiete des Facialis und freie Beweglichkeit der Extremitäten. Bei der Inspection des Mundes bemerkte Verf., dass die Zunge etwas über den Unterkiefer vorragt, der Aufforderung, dieselbe vorzustrecken, kann nicht gefolgt werden. Bei Sprechversuchen treten nur Zuckungen einzelner Zungenpartien ein. Bei genauem Zusehen ergibt sich, dass die Zungenspitze festgenagelt in dem Stumpfe eines defecten unteren Schneidezahnes steckt; die scharfe Spitze des letzteren hat sich ganz in die Zunge eingebohrt. Wie man einen Rock vom Nagel herunter nimmt, so wurde die Zunge aus dem Zahne ausgehakt. Der Incisivus I. infer. sinister war es, der, von vorn her ganz ausgehöhlt, mit seiner hintern, harten Wand gleich einer Nadel fein, spitz und scharf, 6 Mm. hoch emporragend, den Zufall, „den Zungenschlag", verschuldet hatte. Der Zahn wurde genommen und es zeigte sich, dass 2 Mm. unterhalb der messerscharfen, ebenfalls 2 Mm. breiten Zahnkante eine kleine seitliche Einbuchtung vorhanden ist, welche augenscheinlich wie ein Angelhaken wirken und das spontane Auslösen der aufgespiessten Zunge verhindern musste. Der Vorgang wickelte sich jedenfalls folgendermassen ab: Die Frau stemmte, wie dies gewöhnlich beim Melken geschieht, den Kopf an die Seite des Thieres an, dabei im Eifer die Zunge etwas vorstreckend, so dass sie zwischen die Kiefer eingeklemmt wurde, eine Gepflogenheit, die vielen Menschen bei Vornahme ihnen wichtiger Handlungen eigen ist; dadurch drückte sie die Zungenspitze in den scharfkantigen, angelförmigen unteren Schneidezahn, konnte dieselbe wegen des Hakens am Zahn nicht durch Muskelbewegungen frei bringen und also entstand durch mechanische Fixation der Zunge die Alalie und Aphagie. *—r.*

175. ***Ueber Basophobie.*** *Von Prof.* ***Debove.*** *Sitzung d. Société méd. d. hôpitaux vom 17. November 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 5.)*

Verf. berichtet über eine eigenthümliche Störung der Bewegungsorgane, die er bei einer Patientin beobachtete. Diese war nicht im Stande, aufrecht zu gehen und sich fortzubewegen, trotz-

dem die Muskelkraft völlig erhalten war Das Symptom zeigte sich zuerst vor 10 Jahren nach einer lebhaften Aufregung bei der gegenwärtig 48 Jahre alten Frau. Seit seinem ersten Auftreten hat es sich beständig verschlimmert, so dass Patientin bei ihrer Aufnahme in das Hospital vollkommen unfähig war, sich fortzubewegen. Ihre Unterschenkel knickten unter ihr ein, sobald sie einige Gehversuche machte. Gab man ihr die Hand, so konnte sie mit Leichtigkeit von einem Ende des Saales zum andern gehen. Auf dem Rücken liegend, konnte Patientin alle Bewegungen, die man ihr angab, mit Leichtigkeit ausführen. Es handelt sich hier also um eine psychische Affection, um eine Art von Furcht; es bestand keinerlei Alteration der Sensibilität und der Motilität. Sehnenreflexe bestanden nicht, sonst konnte jedoch kein Zeichen von Tabes beobachtet werden, ebensowenig bestanden Symptome von Hysterie. Es gelang allmälig unter der Einwirkung von Suggestion der Patientin das Gehen beizubringen. Sie verliess das Hospital vollkommen geheilt. Das Symptombild der Basophobie hat eine gewisse Aehnlichkeit mit der Agoraphobie, indessen unterscheidet es sich von der letzteren durch das Nichtvorhandensein des eigenthümlichen Angstgefühls, welches bei den an Platzfurcht leidenden Patienten stets besteht, ausserdem dadurch, dass die Patienten nicht nur an grossen freien Orten unfähig sind zu gehen, sondern auch in geschlossenen Räumen und an engbegrenzten Orten. Der Zustand, welchen Patientin darbot, wird vom Verf. mit dem Namen Stasobasophobie genannt, d. h. Furcht vor dem Aufrechtstehen und dem Fortschreiten. Es dürfte sich bei diesem Zustande wahrscheinlich um einen Verlust eines besonderen Erinnerungsvermögens handeln, die Patienten verlernen gleichsam plötzlich das Gehen und Stehen, sie zeigen sonst jedoch keine Furcht, kein Angstgefühl in dem Moment, in welchem sie den Versuch machen wollen, diese Bewegungen auszuführen, sie können es auch dann nicht, wenn man sie von der Fähigkeit überzeugt, dass sie diese Bewegung ausführen können, falls man sie führt, es handelt sich also um eine Art Amnesie. *—r.*

176. ***Ueber den Durchbruch kalter (tuberculöser) Abscesse der Thoraxandung in die Lungen, respective Bronchien.*** *Von* ***Messner.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1893. 21. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 10.)*

Die kalten Abscesse, die sich im Anschluss an Tuberculose der knöchernen Thoraxwandung entwickeln, haben die Tendenz, in ihrer Ausbreitung gewissen Bahnen zu folgen, die durch die Anordnung von Aponeurosen, Fascien, Muskeln vorgezeichnet sind. So entstehen die Retropharyngealabscesse, die Senkungsabscesse unterhalb des Lig. Pouparti etc. Selten aber brechen sie nach innen in die Pleurahöhle und sehr selten in die Lungen durch. Verf. hat zwei derartige Fälle beobachtet. In dem einen bildete sich bei einem 16jährigen jungen Manne ein Abscess in der Höhe des 6. Brustwirbels neben einem Gibbus aus. Dieser Abscess entleerte sich spontan durch die Lungen. Der Kranke erholte sich rasch, und diese Besserung, respective Heilung hält schon seit 3 Jahren an. In dem zweiten Falle handelte es sich bei einer 42jährigen Frau um einen kalten Abscess an der rechten Seite des Thorax



hinten in der Scapularlinie in der Höhe der 8. Rippe. Gewisse Erscheinungen machten eine Complication von Seiten der Pleura oder der Lunge wahrscheinlich. Durch Operation gelang es, den Krankheitsprocess, der, wie sich bei derselben herausstellte, von der kranken Rippe durch die Pleura direct in die Lunge sich fortgepflanzt hatte, zur Ausheilung zu bringen. Die Diagnose solcher Fälle ist meistens erst während der Operation möglich.

177. ***Ueber eigenartig verlaufene septicopyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über acute Dermatomyositis.*** *Von A. Fränkel. Vortrag im Verein für innere Medicin in Berlin am 8. Januar 1894. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 3)*

Es ist eine geläufige Erfahrung. dass im Verlauf der verschiedensten Infectionserkrankungen Localisationen des Processes an den peripheren Theilen des Organismus, besonders an der Haut, stattfinden. Neben der Haut kommen noch die Gelenke und die Knochen in Betracht. Was die Haut betrifft, so sieht man im Verlaufe gewisser Affectionen Roseola, Erythem, petechiale Blutungen, welche durch Embolien und Hämorrhagien bedingt sind, auftreten. Diese Exantheme geben oft zu diagnostischen Irrthümern Anlass, indem man geneigt ist, sie nur als Hautkrankheiten aufzufassen; Erytheme, welche ein ganz unschuldiges Gepräge zeigen, können, zu schweren und tödtlichen Erscheinungen führen; die Patienten gehen unter dem Bilde einer Intoxication zu Grunde. Die Hautaffection kann aber auch auf die unterliegenden Muskeln übergreifen. Solche Fälle sind im Allgemeinen nicht häufig und sind namentlich bei der wachsartigen Degeneration der Muskeln und bei den gummösen Erkrankungen derselben beobachtet worden. In der neueren Zeit hat man einer Affection gewisse Aufmerksamkeit geschenkt, welche sich durch die grosse Ausdehnung, zuweilen auf die gesammte Musculatur, auszeichnet und die 1887 zuerst von *Unverricht*, später von Anderen näher beschrieben wurde, und zwar unter dem Namen: progressive multiple Myositis; verschiedene Muskeln erkrankten unter Schmerzhaftigkeit und Schwellung; vor allen Dingen nimmt die Haut an diesem Processe theil; es besteht Fieber; die Milz ist geschwollen; selbst ein leiser Druck auf die Haut wird nicht vertragen: dieselbe ist von teigiger Beschaffenheit; auch die Athem- und Schlingmuskeln können befallen sein; der Tod tritt entweder durch Athmungslähmung oder Pneumonie ein. Nicht alle Fälle verlaufen tödtlich; in einer Reihe von Fällen bildete sich der Process zurück und die Kranken genasen. *Unverricht* hat den Vorschlag gemacht, für diese Fälle den Namen Dermatomyositis acuta aufzustellen, weil die Haut ebenfalls betroffen ist, sowohl in der Form eines Oedems als eines Exanthems. Verf. theilt die Krankengeschichten einiger Fälle mit, die er in der letzten Zeit beobachtet hat und den Symptomencomplex mehr oder weniger deutlich darboten und von denen namentlich der erste der von *Unverricht* beschriebenen Krankheit glich. Die anderen Fälle trugen einen mehr pyämischen Charakter, der sich auch in dem Befunde von Streptococcen zeigte. Solche Formen von Myositis sind keineswegs häufig und wir besitzen bis jetzt nur 2 Arbeiten darüber, eine von *Scriba* aus Japan, der diese Myositis nach kleinen



Läsionen beobachtete, und eine andere von *Walter*, der 20 ähnliche Fälle zusammenstellte. Bei zwei von den letzteren Fällen war als Aetiologie Otitis media constatirt. — Die Dermatomyositis tritt in acuter und subacuter Form auf. *Strümpell* theilt die Dermatomyositis in zwei Gruppen, in primäre und secundäre; es kann aber leicht ein Fall als secundär bezeichnet werden, weil man die Eingangspforte nicht fand; hier empfiehlt es sich ganz besonders, auf die Processe im Ohr zu achten, welche nach Verf. noch nicht genügende Würdigung als Gelegenheitsursache für eine allgemeine Infection erlangt haben; auch die anderen Nebenhöhlen des Schädels sind zu berücksichtigen. Den Otiatikern sind diese Verhältnisse schon lange bekannt und man nimmt an, dass das Virus auf dem Wege der Lymphbahnen in dem Organismus sich weiter verbreitet.

178. ***Krämpfe bei einem Kinde in Folge von Alkoholmissbrauch der Mutter.*** *Von Dr. E. Toulouse. (Gaz. des hôp. — Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XVII. Heft 1 u. 2.)*

Ein von der Mutter gestilltes Kind, von Eltern stammend, die leichte Potatoren waren und Symptome des Alkoholismus boten, erkrankte schwer an epileptiformen Krämpfen. Die Nahrung wurde sofort nach der Aufnahme erbrochen. Das Kind kam sehr herunter, es erholte sich aber innerhalb weniger Tage, nachdem die Muttermilch gegen Flaschenernährung vertauscht ward. Diese Beobachtung stimmt mit anderen, die sich allerdings selten in der Literatur finden, dass durch Alkoholmissbrauch der Amme epileptische Krämpfe beim Säugling auftreten. Sie widerspricht aber physiologischen Untersuchungen, nach welchen einmal der Methylalkohol keine clonischen Krämpfe machte und dann, dass der Alkohol nicht in die Milch übergehen solle. Nach *A. Baginsky* kann man bei Kindern nach Alkoholgenuss die schwersten clonischen Krämpfe beobachten. Doch sind diese Beobachtungen nur am Thiere gemacht, es können für die Frau andere Verhältnisse vorliegen und ferner können in dem vorliegenden Falle die Krämpfe durch Stoffe des Absynthes bewirkt worden sein, in welcher Form der Alkohol genossen wurde. Dieser Schnaps enthält nach pharmakologischen Untersuchungen Stoffe, welche convulsivisch wirken und in die Milch übergehen.

Neuere Arzneimittel.

179. ***Neurodin, ein neues Nervenmittel.*** *Von Professor J. v. Mering. (Therap. Monatsh. 1893, pag. 582.)*

Das Neurodin ist nach seiner chemischen Constitution, Acetyl-p-Oxyphenylurethan $C_6H_4 \langle {OCO.CH_3 \atop NH.CO.OC_2H_5}$ oder Acetyl-Para-Oxyphenylcarbaminsäureäthylester. Die Ueberlegung, welche zum klinischen Versuche mit diesem Präparate führte, war, dass, nachdem das Phenacetin sich vor dem Acetanilid als Arzneimittel auszeichnet, auch die Derivate des p-Oxyphenylurethans vor dem



Phenylurethan (Euphorin) klinische Vorzüge haben müssen. Das zuerst untersuchte Para-Oxy-Phenylurethan zeigte sich für klinische Zwecke wenig brauchbar. Hingegen bewährte sich das acetylirte Product, das Neurodin, als Antineuralgicum, während die antipyretische Wirkung desselben, weil sie von unangenehmen Nebenwirkungen begleitet wird, wenig in Betracht kommt. Es stellt farb- und geruchlose, nur wenig in kaltem Wasser (1 : 1400 Th. bei +15° C.), leichter in siedendem Wasser (1 : 140 Th.) lösliche Krystalle dar, die bei 87° C. schmelzen. Kaninchen vertrugen 2—3 Grm. als Tagesgaben ohne Schädigung. Die bisherigen klinischen Untersuchungen erstrecken sich auf 24 fieberhafte Affectionen (Typhus abdom., Pneumonie, Erysipel, Scharlach) und 30 neuralgische Affectionen (Migräne, Occipitalneuralgie, Neuralgia supraorbitalis, tabische Schmerzen). Die antipyretische Wirkung des Neurodin zeigt sich darin, dass es in Gaben von 0·5 die Temperatur durchschnittlich um 2·5—3° herabsetzt. Die Temperatur sinkt allmälig und erreicht 3—4 Stunden nach der Einnahme den niedrigsten Stand, um dann allmälig wieder anzusteigen. Der Temperaturabfall ist zuweilen von starken Schweissen begleitet, in vereinzelten Fällen ist auch Frost vorhanden. Cyanose, Erbrechen, Collaps wurden bisher nicht beobachtet; bei Typhus wurde einmal ein masernähnliches Exanthem beobachtet, welches Bauch und Brust befiel und nach 24 Stunden verschwunden war. Für die Therapie kommt ausschliesslich die hohe schmerzstillende Wirkung des Neurodins bei Neuralgien in Betracht. Zur Erzielung der schmerzstillenden Wirkung sind Dosen von 1 Grm. erforderlich. Die Wirkung beginnt bereits $^1/_2$ Stunde nach der Einführung. Nachtheilige Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. Man verabreicht das Mittel am zweckmässigsten in Pulvern, 1 Grm. pro dosi; je nach Bedarf täglich 1—3 Pulver. *Loebisch.*

180. ***Thermodin, ein neues Fiebermittel.*** *Von Prof. J. v. Mering. (Therap. Monatsh. 1893. December.)*

Das Thermodin ist Acetyl-Aethoxyphenylcarbaminsäureäthylester

$$C_6H_4\left\langle\begin{matrix}OC_2H_5\\NCOCH_3 . CO . OC_2H_5.\end{matrix}\right.$$

Es leitet sich von dem p-Oxyphenylurethan dadurch ab, dass der Wasserstoff in der Hydroxylgruppe durch Aethyl ersetzt wurde. Das hierbei entstandene p-Aethoxyurethan setzte wohl die Temperatur herab, war jedoch nicht frei von störenden Nebenwirkungen, diese wurden durch die Acetylirung im Aminrest (analog dem Acetanilid zum Anilin) beseitigt. Das Thermodin bildet derbe farblose, nadelförmige Krystalle, die in kaltem Wasser fast unlöslich (1 : 2600 Wasser von 20° C.), in heissem Wasser löslich sind (1 : 450 Theilen Wasser von 100° C.) und bei 86—88° C. schmelzen. Verf. bezeichnet das Thermodin als das geeignetste Fiebermittel der bisher dargestellten und geprüften Amidophenolderivate. Bei 50 Kranken (Fälle von Typhus, Pneumonie, Pleuritis, Influenza, Tuberculose, Erysipel, Angina) trat bei Fiebertemperaturen von 39—40° C. nach Eingabe von 0·5 Grm. in der Regel eine Temperaturherabsetzung von durchschnittlich 2—2·5° C. ein. Die



Wirkung tritt schon innerhalb der ersten Stunden ein und erreicht nach ungefähr 4 Stunden den Höhepunkt, worauf dann die Temperatur in der Regel ohne Frösteln weiter ansteigt. Die Entfieberung ist mit mässiger Schweissabsonderung verknüpft. Der Puls erscheint minder frequent und zeigt eine Zunahme der Spannung; bei manchen Kranken tritt eine gewisse Euphorie ein. Die gewöhnliche Einzelndosis ist 0·5—0·7 Grm., bei Phthisikern beginnt man zweckmässig mit 0·3 Grm. und steigt allmälig. Die Temperaturherabsetzung beträgt bei einer Fiebertemperatur von 39—40° C. durchschnittlich 2—2·5°. Unangenehme Nebenerscheinungen sind nicht gesehen worden, nur in einem einzigen Falle (Typhus abdominalis) beobachtete Verf. — nachdem 3 Tage hindurch je 0·5 Thermodin genommen wurden — ein vorübergehendes masernähnliches Exanthem. Es ist nicht zu leugnen, dass dem Thermodin, dessen wirksames Princip p-Amidophenol ist — den Ansprüchen, die an ein gutes Antithermicum gestellt werden müssen, genügt, doch sind noch weitere Erfahrungen darüber abzuwarten. Die neue Substanz besitzt auch antineuralgische Eigenschaften, doch sind zur Erzielung dieser Wirkung bedeutend höhere Gaben — für Erwachsene durchschnittlich 1·5 Grm. — nothwendig, ausserdem tritt dieselbe langsam und nicht immer prompt ein. Deshalb will Verf. das Thermodin nicht als Antineuralgicum empfohlen haben und bevorzugt hierfür das Neurodin. Man verordnet das Thermodin Erwachsenen 0·5—0·7 pro dosi in Pulverform, Kindern 0·2—0·3 pro dosi.

Loebisch.

181. ***Klinische Beobachtungen über die Einwirkung einzelner Mutterkornpräparate, speciell des Cornutin, auf den Verlauf des Wochenbettes.*** *Mittheilung aus der deutschen Universitätsklinik in Prag. Von **Paul Krohl.** (Arch. f. Gyn. Bd. XLV, Heft 1, pag. 43.)*

Verf. stellte mit dem Cornutin, dem wirksamsten Bestandtheile des Ergotins, Versuche an 40 gesunden Wöchnerinnen an, die das erste Mal gebaren, gleichzeitig verglich er diese Wöchnerinnen mit je 40 ebensolchen, denen er Ergotin reichte und solchen, die kein Medicament erhielten. Er fand nun, dass das Cornutin deutliche Nachwehen hervorrufe, während sonst Puerperen nach der ersten Geburt kaum Nachwehen verspüren. Schon in den ersten Tagen des Puerperiums kam es zur Ausstossung grösserer Blutklumpen, während dies ohne dieses Mittel erst viel später stattfindet. Der Muttermund verschliesst sich viel früher. Weisse Lochien stellen sich früher ein. Der Puls zeigt eine deutliche Verlangsamung. Die Temperatur bleibt unbeeinflusst. Die Milchsecretion bleibt ungestört. Das Mittel übt weder auf die Mutter, noch auf das Kind eine schädigende Wirkung aus. Das Ergotin wirkt in gleicher Weise wie das Cornutin, aber viel schwächer. Indicirt ist das Cornutin bei jeder geburtshilflichen Operation, speciell kurz vor dem Kaiserschnitte, weiters bei Atonia uteri, nach manualer Lösung der Placenta, nach Ausräumung von Aborten und macerirten Früchten, nach Geburten von Zwillingen und nach Hydramnion, wegen drohender Atonie in Folge plötzlicher Entleerung des vorher stark gedehnten Uterus, im Puerperium, bei Subinvolutio uteri und lange Zeit blutigen Lochien und schliesslich bei Endometritis puerperalis



neben vaginalen und besonders nach intrauterinen Irrigationen. Contraindicirt dagegen ist dessen Darreichung bei Blutungen in der Schwangerschaft, bei Wehenschwäche, in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode. In der letzteren ist es namentlich contraindicirt bei engem Becken, bei Gegenwart von den Raum des Beckens beengenden Tumoren, bei Tetanus uteri und Stricturen der Cervix. Er reichte das Cornutin in folgender Formel: *Cornut. (Kobert) 0·08, Argillae 0·3, M. fiant ope aquae A. glyc. aa. q. s. ut pil. Nr. 20,* 3mal täglich 2 Pillen (demnach 4 Mgrm. in jeder Pille und 5·4 Cgrm. pro die). Vom Ergotin gab er pro 24 Stunden 3·0. Das Cornutin hat aber zwei Uebelstände, es ist sehr theuer (1·0 = 40 Mark) und zersetzt sich sehr rasch. Letzterer Nachtheil wird dadurch vermindert, dass jetzt eine sterilisirte Lösung des Präparates dargestellt und zugeschmolzene Röhren, die 5 Mgrm. enthalten, in den Verkauf gebracht werden. *Kleinwächter.*

182. ***Zur Bromäthylnarcose.*** *Von Oberstabsarzt Prof. Dr. A. Koehler. Aus der v. Bardeleben'schen Klinik. (Centralbl. f. Chir. 1894. 2.)*

Verf., der nach über hundert Fällen von Bromäthylnarcosen sich dem allgemeinen günstigen Urtheil über dieselben angeschlossen hatte, berichtet nun über den tödtlichen Ausgang seiner 150. Bromäthylnarcose. Der Fall betraf eine 21 Jahre alte, schwächliche, aber sonst gesunde Frau, welche an einer stark secernirenden Mastdarmfistel litt. Die Spaltung der Brücke zwischen Fistel und After sollte mit der galvanocaustischen Schlinge ausgeführt werden. Es wurde in derselben Weise, wie bei den 149 bisher ausgeführten Narcosen mit Bromäthyl auch in diesem Falle die mit 10 Tropfen angefeuchtete Maske der Kranken $^1/_2$ Minute lang vorgehalten, um sie an den Geruch des Mittels zu gewöhnen; dann wurde der Rest — im Ganzen waren es 15 Ccm. — aufgegossen. Nach einem sehr kurzen und leichten Excitationsstadium, in welchem die Athmung ganz frei war, trat nach weniger als $^1/_2$ Minute die Betäubung ein. Fast gleichzeitig hörte aber das Herz auf zu schlagen; Puls nicht mehr zu fühlen, Herztöne nicht mehr nachzuweisen. Dabei ging die Athmung in normaler Weise, dann schnappend, allmälig seltener werdend, noch $^1/_2$ Stunde weiter. Die Nervi phrenici, am Halse durch den faradischen Strom gereizt, reagirten durch Zwerchfellbewegungen, bei denen das Ein- und Ausströmen der Luft durch den Kehlkopf deutlich gehört wurde, noch 4—5 Minuten, dann nicht mehr. Die Wiederbelebungsversuche wurden 1 Stunde lang fortgesetzt; mit dem Aufhören der Herzmassage wurden die Pupillen sofort weit, die Lippen cyanotisch. Ob das bisher im Allgemeinen für harmlos gehaltene Bromäthyl die Herzlähmung herbeigeführt hat, oder ob es sich um jene Herzschwäche handelte, die schon oft den plötzlichen Tod eines Menschen auch ohne Anästheticum verursacht hat, ist schwer zu bestimmen. Das Präparat war, wie eine genaue Untersuchung ergab, rein. Dass das Bromäthyl nicht so harmlos ist, wie man gewöhnlich annimmt, geht schon daraus hervor, dass bei seiner Verwendung dieselben üblen Zufälle wie bei anderen Anästheticis beobachtet werden; Verf. hat unter den jetzt nahezu 200 Fällen reiner Bromäthylnarcosen fünfmal kurz dauernde Asphyxien, allerdings bei gutem Puls, rauschähnliche, zuweilen stürmische Excitation mit heftigen Bewegungen,



Sträuben, Rufen, Klagen — wie nach jedem anderen Anästheticum gesehen. Und wenn *Hoddes* in seiner Dissertation (Freiburg 1892) unter 40.000 Bromäthylnarcosen nur 4, noch dazu unsichere Todesfälle findet, so stellt *Reich* (Wiener med. Wochenschr. 1893. 23—28) schon 5 sichere Fälle zusammen. Das ist für ein Anästheticum, welches für sich allein nur bei geringen, ganz kurz dauernden Eingriffen gebraucht werden kann, eine Zahl, welche beweist, dass das Bromäthyl ebenso gefährlich ist, wie die anderen Anästhetica. In dem Falle des Verf.'s war die Wirkung eine schnelle, schlagartige; nach weniger als 1 Minute hörte die Herzthätigkeit auf. Die Section ergab fettige Entartung des linken und rechten Herzens.

—r.

183. ***Beobachtungen über die therapeutischen Erfolge des Ferratins.*** *Von Dr. med.* ***M. Banholzer,*** *Assistenzarzt. Aus der med. Klinik des Prof.* ***Eichhorst*** *in Zürich. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 4.)*

Verf. berichtet über Versuche, die er mit dem von *Schmiedeberg* dargestellten Ferratin (Med.-chir. Rundsch. d. J., p. 54) auf der Klinik des Prof. *Eichhorst* ausgeführt. Die angestellten Untersuchungen erstrecken sich lediglich auf das rein Praktische, auf die therapeutische Wirksamkeit; um für die Beurtheilung dieser einen Massstab an die Hand zu geben, sind einige Fälle angereiht, in denen ein anderes Eisenpräparat — die auf *Eichhorst's* Klinik bei Chlorose gewöhnlich verordneten Pilulae Blaudi — in Anwendung kam. In allen anzuführenden Fällen wurde am Anfang und Schluss der Behandlung der Hämoglobingehalt des Blutes nach *Gowers* und in den meisten auch die Zahl der rothen Blutkörperchen mit dem *Thoma-Zeiss*'schen Zählapparat bestimmt. Aus den in 2 Tabellen zusammengesetzten Fällen ergibt sich, dass bei chlorotischen und anämischen Zuständen, wie sie in der Reconvalescenz nach schweren, entzündlichen, infectiösen Krankheiten auftreten, bei Verabreichung von 0·5 Ferratini 3mal täglich, ebenso in Fällen von Chlorose und Anämie, wo keine Erkrankung als Ursache vorausgegangen, bei derselben Dosis durchgehends eine bedeutende Steigerung der Zahl der Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes des Blutes nachgewiesen werden konnte. Die ausgiebigste Förderung in der Zunahme dieser beiden Factoren erfährt die Chlorose. Ein besonderer Typus in der Art der Wirkung des Ferratins ist nicht zu erkennen, höchstens kann constatirt werden, dass bei einer gewissen Höhe des Hämoglobingehaltes ein langsameres Ansteigen sich bemerklich macht. Grössere Schwankungen zeigen sich im Verhalten der rothen Blutkörperchen. Hier findet man das eine Mal bei zunehmendem Hämoglobingehalt Abnahme ihrer Zahl, oder auch Vermehrung bei sinkendem Hämoglobingehalt, dann wieder Stillstand des letzteren und beträchtliche Steigerung der Zahl der rothen Blutkörperchen. Dagegen weist das Schussresultat übereinstimmend in allen Fällen eine Vermehrung derselben auf, die bei den weiblichen Kranken, gleich dem Hämoglobingehalt, nicht die Höhe erreicht, wie bei den eben so behandelten Männern. Ueber die von *Schmiedeberg* dem Ferratin zugeschriebene günstige Wirkung auf den Stuhlgang wurden keine besonderen Erfahrungen gemacht. Es zeigten sich zwar in keinem Falle während der Be-

handlung mit Ferratin diesbezügliche Beschwerden; doch sollen bei einem grösseren Theil auch vorher keine solchen bestanden haben. Deutlicher ist die günstige Wirkung des Präparates auf den Magen; denn bei allen damit behandelten Patienten bestand reger Appetit. Irgendwelche Störungen oder Beschwerden von Seiten des Verdauungstractes traten niemals auf. Auch bei der auf *Eichhorst's* Klinik sonst üblichen Chlorosebehandlung mit Pilulae Blaudi zeigten sämmtliche meist uncomplicirte Fälle von Chlorose, wie ja von dieser Medication bekannt, ebenfalls sehr günstige Resultate. Doch sind im Allgemeinen bei Ferratindarreichung in gleicher Zeit höhere Werthe für den Hämoglobingehalt erreicht. Im Hinblick auf die angeführten Resultate der Ferratinbehandlung fasst Verf. sein Urtheil über dieses neue Präparat dahin zusammen, dass dasselbe ein sehr schätzbares Heilmittel darstellt für solche Fälle, in denen bisher mit Eisenpräparaten Erfolge zu erzielen waren, also bei Chlorose, bei Anämie, bei anämischen Zusänden nach vorausgegangenen anderen Erkrankungen. Die Wirkung des Ferratins auf die Vermehrung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes ist prompt und ausgiebig, der günstige Einfluss auf das Allgemeinbefinden deutlich.

Loebisch.

184. ***Ueber die Anwendung einiger neuer Aluminiumverbindungen (Salumin, Tannal und Gallal) in Nase und Hals.*** *Von Dr. P. Heymann, Privatdocent in Berlin. Vortrag, gehalten in der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin am 9. Juni 1893. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 12.)*

Die Nase ist für die meisten der sonst gebräuchlichen Adstringentien ein ziemlich unzugänglicher Ort. Tannin wird wegen der starken localen Reizung nicht vertragen und die meisten Metallsalze, die wir sonst gern anwenden: Alaun. Zinkverbindungen u. s. w., sind wegen ihrer geruchsfeindlichen Eigenschaften für die Nase unbrauchbar. Dr. *Altschul* hat versucht, anderweitige Aluminiumverbindungen herzustellen. Er hat nun namentlich 3 dieser Salze in voller Reinheit erhalten: Das Aluminiumsalicylat (Salumin), das Aluminiumtannat (Tannal) und das Aluminiumgallat (Gallal). Verf. hat dieselben bei der Therapie der Nase und des Halses in Anwendung gezogen. Das Alumin. salicyl., welches von J. D. Riedel in grösserem Umfange hergestellt wird und von ihm Salumin genannt worden ist, ist eine in Wasser und Alkohol unlösliche Verbindung, die sich aber in Alkalien leicht löst. Diese Löslichkeit in Alkalien — die Körperflüssigkeiten sind meist leicht alkalisch — erklärt auch einen Theil der Wirkung der sonst unlöslichen Verbindung. Mit Ammoniak bildet das Salumin ein neutrales Doppelsalz, das in Wasser und Glycerin löslich ist und sich in concentrirteren Lösungen auch ganz gut hält, während die trockene Verbindung sehr bald durch bis jetzt noch unbekannte Einflüsse Veränderungen erleidet und theilweise in eine ganz, auch in Ammoniak, unlösliche Verbindung übergeht. Das frisch in Wasser oder Glycerin gelöste Doppelsalz — Saluminium solubile — hat ausgezeichnete adstringirende Wirkungen. Daneben reizt es die Schleimhaut recht energisch, wie es die meisten Verbindungen der Salicyl-



säure thun. Es eignet sich daher ganz besonders zur Anwendung bei den trockenen Entzündungen des Rachens und der Nase. Die Insufflation des trockenen Salumin. insolubile, in noch höherem Grade des frischen Salumin. solubile regt bei Ozaena eine verstärkte Secretion an, so dass die Borken losgelöst werden und sich die Nase reinigt. Im Rachen hat Verf. eine glycerinhaltige Lösung mit dem Pinsel energisch eingerieben und dadurch bei trockenen Catarrhen erhebliche Besserungen zu erreichen vermocht. Sehr ausgedehnte Versuche hat Verf. mit dem zweiten Mittel, dem Tannal, gemacht. Das Tannal besitzt weder die stark reizenden Eigenschaften, die das Tannin für die Anwendung in der Nase unmöglich machen, noch ist es so geruchsfeindlich wie der Alaun. Das Tannal lässt sich aber nicht in Ammoniak löslich machen. Das Aluminium tannicum ist ebenso wie das Salumin an sich unlöslich. Dagegen ist es gelungen, ein Doppelsalz, Aluminium tannico-tartaricum, Tannalum solubile herzustellen, welches vollständig und leicht löslich ist und welches man, wo man eben ein energisches, aber wenig reizendes und gut vertragbares Adstringens braucht, verwenden kann. Verf. hat dieses Präparat bei den verschiedensten Fällen von Catarrhen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes sowohl als Streupulver, rein und in verschiedenen Gemischen, wie als Pinselsaft, gelöst in Wasser und in Glycerin, angewendet und recht erfreuliche Resultate gehabt. Ganz besonders eignet es sich zur Anwendung als Gurgelwasser und als Inhalation. Da sich nicht sehr concentrirte Lösungen von Tannal nur schlecht halten und Versuche, sie durch Glycerinzusatz haltbarer zu machen, noch nicht genügenden Erfolg gezeitigt haben, so hat die Firma J. D. Riedel kleine comprimirte Tabletten von 1·0 Grm. herstellen lassen, die sich in warmes Wasser ganz gut, wenn auch etwas langsam lösen. So können sich die Patienten sowohl ihr Gurgelwasser, als auch ihre Inhalationsflüssigkeit leicht selbst herstellen. Das dritte Präparat ist die Verbindung der Gallussäure mit dem Aluminium: das Gallal. Es gelingt auf dieselbe Weise, wie beim Salumin, es als Ammoniakdoppelsalz löslich zu machen, nur mit dem Unterschied, dass die Ammoniakverbindung des Gallal ein wunderbar schön lamellirtes, glänzendes Präparat gibt, welches vollständig haltbar ist. Es ist ein leicht adstringirendes Mittel, das sehr gut vertragen wird, als solches schätzbar, über das Verf. jedoch noch nichts Besonderes aussagen kann.

Loebisch.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

185. ***Die Heilung der Stuhlverstopfung durch Suggestion.*** *Von Prof. Dr. A. Forel. Berlin 1894. Hermann Brieger.*

Verf. möchte als therapeutische Objecte der Suggestion in erster Linie solche Functionsstörungen des Körpers hinstellen, welche unbewusst vor sich zu gehen pflegen, deren Effect allein uns bewusst ist, die aber unter dem Einfluss des Centralnervensystems stehen. Diese Functionsstörungen und Functionen überhaupt, seien sie „sensibel“, d. h. psychopetal, seien sie motorisch,



vasomotorisch oder secretorisch, d. h. psychofugal, bilden nach Verf.'s Ansicht das dankbarste Gebiet der suggestiven Therapie. Es gibt zwar gewisse Fälle, wo locale Darmaffectionen Stuhlverstopfung hervorrufen können. Doch sind dieselben wohl recht selten. Die so häufige und gewöhnliche habituelle Obstipation ist nichts als eine chronische „Neurose“, die in hohem Grade vom Gehirn abhängt. Seitdem die Heilung derselben durch Suggestion bekannt ist, ist dieses auch wiederholt anerkannt worden. Betrachten wir zunächst die Thatsachen: Diese Thatsachen sind wichtiger, als man erst meinen mag. Verf. sucht zu zeigen, dass die normale Defäcation vielfach unter dem Einfluss centraler Automatismen steht, welche ihrerseits von gewissen, meist unbewusst bleibenden Zeitvorstellungen stehen. „Selbstverständlich wirken ausserdem die angesammelten Kothmassen als Reiz, um den Stuhldrang auf dem „Reflexweg“ zu erzeugen. Aber es genügt zunächst darauf hingewiesen zu haben, dass es andere wirkende Factoren gibt.“ Verf. stellt der gewöhnlichen Therapie der Verstopfung die suggestive Therapie gegenüber. Ein Fräulein kommt zu ihm, da sie hört, er hätte Fälle von Verstopfung geheilt. Sie leidet seit vielen Jahren daran. Alles hat sie dagegen umsonst versucht. Verf. hypnotisirt sie in einem Demonstrationscurs vor Studenten. Sie schläft sofort ein. Er gibt ihr unter Berührung des von den Kleidern bedeckten Bauches (also durch die Kleider) die Suggestion, dass nun der Darm durch Einwirkung auf das Nervensystem angeregt werde. Es sei nur eine Darmträgheit gewesen, die jetzt durch Regulirung des Nervenapparates definitiv und ein für allemal geregelt sei. Nun werde sie zuerst alle zwei Tage, und zwar regelmässig in der Frühe, gleich nach dem Aufstehen, von selbst, ohne jegliches Hilfsmittel Stuhlgang bekommen. Der Stuhldrang werde sich schon während des Anziehens einstellen. Die ganze Hypnose dauerte kaum fünf Minuten und Verf. weckte sie bald darauf; sie war durch den bei anderen Kranken gesehenen Erfolg schon gleich stark suggerirt gewesen. Nach acht Tagen kam sie wieder und theilte mit grosser Freude mit, dass sie seit der Hypnose bereits ohne jede Hilfe fast jeden Tag in der Frühe Stuhlgang gehabt hatte. Ihre Lebensweise als Schneiderin (die sie vorher beschuldigt hatte) hatte sie nicht geändert. Verf. hypnotisirte sie noch ein Mal und gab ihr nun die Suggestion täglich, ganz regelmässig, wie eine Uhr, ihren Stuhlgang in der Frühe zu haben, die Heilung sei nun definitiv. Und so war es. Wenigstens ist sie bis jetzt (seit einigen Monaten) geheilt geblieben. Aehnliche Fälle hat Verf. schon in grösserer Anzahl und mit gleichem Erfolg behandelt und mit ihm alle seine Collegen der Nancy'schen Schule. Betrachtet man das Entstehen einer Stuhlverstopfung, so erscheint entschieden die Trägheit der Innervation des Sympathicus, respective das Fehlen der dieselben genügend und rechtzeitig erregenden Reize als weitaus der Hauptfactor. Diese Trägheit hat eine grosse Tendenz, den Schneeball zu machen, d. h. hat sie sich einmal eingestellt, so dickt sich der Koth immer mehr ein und die Defäcation wird immer schwerer. Mittelst der Suggestion werfen wir eine kräftige Innervationswelle, vom Gehirn aus, auf die an automatischer Trägheit gewohnte Bahn



und der Erfolg ist da. Um nun denselben definitiv zu gestalten, knüpfen wir daran die Suggestion der täglichen regelmässigen Wiederholung. Damit diese spontane Wiederholung der nöthigen Innervationswelle dem Nervensystem, d. h. dem Gehirn erleichtert wird, knüpfen wir dieselbe auf associativem Wege an einen täglich regelmässig zu gleicher Stunde wiederkehrenden Vorgang, an das Aufstehen Morgens, nach dem Erwachen, eine zur Defäcation erfahrungsgemäss günstige Zeit. Diese Vorstellungsassociation dient als zeitliches Merkzeichen, wie solche Merkzeichen überhaupt bekanntlich im ganzen Mechanismus unseres Gedächtnisses eine grosse Rolle spielen. Aber es handelt sich hier nicht um eine bewusste Erinnerung. Die Suggestion wirkt auf die Automatismen des organischen Gedächtnisses. Gelingt es so die automatische Association genügend zu knüpfen, zu fixiren, so erfolgt nun die Innervationswelle täglich zur suggerirten Zeit mit genügender Kraft, um alle Hindernisse zu überwinden. Die „Krankheit" ist dann geheilt — und wirklich geheilt. Denn das, was nun hergestellt ist, ist der normale Zustand, durch den normalen lebenden Mechanismus des Gehirnes selbst. Derselbe hat dann von selbst die natürliche Tendenz, sich zu erhalten. *—r.*

186. ***Ueber den Gebrauch und Missbrauch von Natrium bicarbonicum.*** *Von Prof. Dr. O. Rosenbach, Breslau. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 3.)*

Nach einer lichtvollen Darstellung über die diagnostische Bedeutung der abnormen Acidität der Magensecretion, wobei namentlich die vielfachen Quellen dieses Symptoms dargestellt werden, gelangt Verf. zu folgender Formulirung der Indicationen für den Gebrauch des Natriumbicarbonates. Vor Allem muss man sich zum Princip machen, ein neutralisirendes Mittel nicht zu verschreiben, bevor man nicht festgestellt hat, ob das saure Aufstossen, Sodbrennen und die anderen Beschwerden überhaupt auf primär abnormen Verhältnissen der Magenverdauung, auf einer wirklichen originären Steigerung der Säuresecretion oder auf saurer Zersetzung des Mageninhaltes beruhen, oder ob die vorhandenen Erscheinungen nur secundär und Folgen der Nervosität, Anämie oder des Missbrauches von Alkohol, Tabak oder schon von Natr. bic. sind. Man halte an dem Grundsatze fest, Natr. bic. nie längere Zeit hindurch zu reichen oder dem Patienten die Anwendung freizustellen, ohne ihn von der möglichen Schädigung in Kenntniss zu setzen. Auch vergesse man nie, namentlich bei nervösen oder anämischen Personen, vor der Anwendung oder während der Anwendung des Mittels das Verhalten der Verdauungsfähigkeit unter Beeinflussung der Psyche zu prüfen. Nach acuten Indigestionen oder nach reichlichem Genusse von Wein, auch von sauren Speisen (Salat) ist der Gebrauch einer kleinen Dosis des Mittels nicht immer schädlich, da es den Ueberschuss an Säure tilgt und die Thätigkeit der Drüsen nicht hindert, sondern sogar erregt, so dass unter Steigerung der Salzsäureproduction auch die grössere Aufgabe für die Verdauung gelöst und die abnorme Gährung beseitigt wird. Im Allgemeinen aber muss man daran festhalten, dass nach grösseren Mahlzeiten — und auch in den Fällen, wo die Beschwerden von acuten Indigestionen herrühren oder durch or-

ganische Säuren bedingt sind — die Darreichung von einigen Tropfen Acid. hydrochlor. die Verdauung am besten regulirt oder in Gang bringt und sicher bald, wenn auch nicht immer so schnell wie Natr. bic., dauernde Erleichterung verschafft. Von directem Nutzen und daher indicirt ist letzteres Mittel nur, wenn bei gesundem Magen in Folge eines einmaligen starken Excesses in der Nahrung der Ueberschuss an Säure besonders stark ist, wenn starkes Sodbrennen, Aufblähen des Magens und asthmatische Beschwerden auftreten, wenn die Entleerung des Organs durch Erbrechen oder Aushebern temporär unmöglich ist. Hier kann und muss man die schädlichen Folgen des Säureüberschusses durch eine geeignete Dosis von Natr. bic. causal und darum stets erfolgreich bekämpfen; hier verschwinden alle schlimmen Erscheinungen oft wie mit einem Schlage. Bei Hyperästhesie des Magens und Darmcanals, bei Anämischen und bei chronischem Magencatarrh hält Verf. den Gebrauch des Mittels im Allgemeinen für nicht empfehlenswerth. *O. R.*

187. ***Die manuelle Reposition von Darminvaginationen durch Massage.*** *Von Harder. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 49. — Centralbl. f. Chir. 1894. 4.)*

Ein 14tägiges Kind erkrankte an Symptomen, die auf Intussusception hindeuteten. 3 Wochen später musste noch immer an der Diagnose festgehalten werden. Der Kräfteverfall erlaubte keinen operativen Eingriff mehr. Digitaluntersuchung vom Mastdarm aus constatirte eine durch die Bauchdecken nicht fühlbare 7—8 Cm. lange, weichelastische Geschwulst im linken Hypochondrium. Das linke Ende war genau bestimmbar. Es wurde Invagination des Ileum in das Colon ascendens und transversum bis ungefähr zur Flexura colica sinistra angenommen. Binnen 5 Tagen wurden öfters Druckreibemassagebewegungen vorgenommen, unter welchen sich die normalen Verhältnisse wieder herstellten. — Bei einem 20 Monate alten Kinde, acut erkrankt, fand sich eine Geschwulst in der linken Bauchseite. Die angenommene Intussusception wurde vom Mastdarm aus festgestellt. Das Ende des eingestülpten Theiles war fühlbar, es konnte wieder auf eine Intussusception des Ileums vom Cöcum aufwärts geschlossen werden. Dieser Richtung entgegengesetzte Druck- und Massagebewegungen wurden gleich eingeleitet, an mehreren Tagen wiederholt und führten, in Verbindung mit Opium und Eingiessungen, zur Lösung. Verf. hebt die Bedeutung der Massage bei frischen und bei alten Fällen dieser Art hervor, selbst dann noch, wenn man peritoneale Verklebung erwarten sollte, wie im ersten Falle; ausserdem die schonende Mastdarmuntersuchung in frühem Lebensalter, welche unter Entgegendrücken der Baucheingeweide eine vortreffliche Abtastung gestattet.

188. ***Fall von Vergiftung durch Samen von Datura Stramonium.*** *Von Dr. Streit. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 2.)*

Ein 8jähriger Knabe ass eine Hand voll Daturasamen. Zwei Stunden nach Genuss des Samens Aufgeregtheit bis zur Raserei, undeutliches Sehen. Eine Stunde später Convulsionen, die Extensionsbewegungen überwogen auffallend. Der Rumpf war in aus-



gesprochener Opisthotonusstellung. Die Erscheinungen der Aufgeregtheit waren gefolgt von kurzen Intervallen der Ruhe, die 1—2 Minuten dauerten, während derselben war die Musculatur nicht völlig erschlafft, sondern in ziemlich ausgesprochener Extensionsspannung, der Rumpf in Opisthotonus. Pupillen maximal erweitert. Die Augenspiegeluntersuchung ergab starke Röthung und Gefässinjection der Papille. Mund und Rachen waren durchaus nicht trocken, Speichel war vorhanden. Puls sehr schnell, 14 :, voll und stark, regelmässig. Carotiden sehr gespannt. Athmung 30—35. Die Haut nicht auffallend trocken. Therapie: Starkes Brechmittel (Ipecacuanha); kalte Waschungen und Uebergiessungen. Durch das Brechmittel wurden, neben Speiseresten circa 60 Daturasamen herausbefördert. Nachher gab ich ein Laxans (Ol. Ricini mit etwas Ol. Croton.) und ein Glycerinklystier. Stuhlgang trat erst in circa 4 Stunden ein; in den Fäces waren Samen von Datura nicht nachzuweisen. Trotz Erbrechen und trotz der therapeutischen Massnahmen dauerten oben beschriebene Symptome unverändert circa 12 Stunden lang an. Erst nach Injection von Morphium und innerlicher Gabe desselben begannen die Delirien nun langsam nachzulassen, ebenso die Convulsionen. Interessant, weil von den Symptomen der Atropinvergiftung abweichend, scheint Verf. in vorliegendem Falle Folgendes zu sein: *a)* Der volle, starke Puls, während derselbe bei starker Atropinintoxication klein ist, respective als klein beschrieben wird; *b)* das Feuchtbleiben der Mund- und Rachenschleimhaut und das Fortbestehen der Speichelsecretion; *c)* die heftigen tonischen Krämpfe mit Ueberwiegen der Extensoren, sowie der ausgesprochene Opisthotonus. Es scheint also, dass die Wirkungen des Daturin und des Atropin nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ verschiedene sind. —*r.*

189. ***Warum sind harnsaure Nierensteine und der Harngries so viel leichter löslich als Gichtablagerungen?*** *Von Dr.* ***Mordhorst.*** *(Therap. Monatsh. 1893. August. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 2.)*

Von den meisten Autoren wird gegenwärtig daran festgehalten, dass eine Auflösung von harnsauren Nierensteinen im Organismus selbst vorkommen kann. Auch Verf. vertritt diese Ansicht und spricht sich auf Grund von Analysen dahin aus, dass die Löslichkeit der Steine parallel gehe mit der Acidität des Harns, dass also saure Urine diese Eigenschaft in viel geringerem Grade besitzen als neutrale, alkalische dagegen in ungleich höherem Masse als neutrale. Er hält es desgleichen für feststehend und erwiesen, dass harnsaure Steine durch den Gebrauch eines stark alkalischen Mineralwassers aufgelöst werden können. Am besten eignet sich hierzu das Wiesbadener Gichtwasser, ein Gemisch, das aus Kochbrunnen und einem Zusatz von doppeltkohlensaurem Natron hergestellt wird. Dieses Wasser hat in vielen Fällen von Nierensteinen gute Dienste geleistet, hat aber — wenigstens in der für Steine genügenden Quantität — bei der Gicht versagt, obwohl doch die sich bei der Gicht in den Geweben ablagernden Salze aus Harnsäure bestehen. Verf. glaubt nun den Grund dieses differenten Verhaltens darin erblicken zu können, dass die die harnsauren Ablagerungen umspülenden Säfte vermöge der ihnen innewohnenden



Acidität eine Bildung von neutralen Salzen nicht zu Stande kommen lassen, und dass auch der Genuss einer nur kleinen Quantität alkalischen Wassers an diesen Verhältnissen nichts zu ändern vermöge. Als den Prüfstein für den Säureintensitätsgrad der Säfte sieht er die Reaction des Schweisses an, die er selbst dann noch sauer gefunden hat, wenn der Urin auch neutral oder gar schwach alkalisch reagirte. Erst bei stark alkalischem Urin fiel die Reaction des Schweisses gleichsinnig aus. Es ist also das Fehlschlagen der vorerwähnten Behandlung von Gicht darauf zurückzuführen, dass die zugeführte alkalische Flüssigkeit quantitativ viel zu gering gewesen sei. Verf. hat daher seine Gichtkranken täglich so viel Alkalien trinken lassen, bis der Urin stark alkalisch und der Schweiss schwach alkalisch reagirte und hat mit dieser Behandlung die allerbesten Resultate erzielt. Das Wiesbadener Gichtwasser hält er noch besonders deswegen für empfehlenswerth, weil es einen ausserordentlich geringen Gehalt an Kalk — ein Drittel des Gehaltes von gewöhnlichem Wasser — besitzt und auch bei hoher Alkalescenz noch einen krystallklaren Urin liefert.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

190. ***Ueber die Gonorrhoe beim Weibe.*** *Von E. Luther, Magdeburg. (Volkmann's Samml. klin. Vortr. Neue Folge. 82—83. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1893.)*

Der Gonorrhoe des Weibes und insbesondere der Gonorrhoe in ihrem ascendirenden Charakter den ihr gebührenden Rang unter den Frauenkrankheiten angewiesen und begründet zu haben, ist das Verdienst von *Nöggerath*, der schon im Jahre 1872 eine bemerkenswerthe Arbeit „Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlechte" geliefert hat. Es erging ihm aber genau so, wie seiner Zeit *Semmelweis*. Beide wurden nicht beachtet oder mit kurzen Worten verächtlich abgefertigt. Es bedurfte erst der Jahrzehnte, bis die scharf bewiesenen Wahrheiten sich allgemeine Anerkennung verschafften. In vorliegender, äusserst lesenswerthen und belehrenden Arbeit bietet uns der Verf. in anschaulicher Weise ein klares Bild über die in Rede stehende bedeutungs- und verhängnissvolle Krankheit, die von so tief greifender Bedeutung für die erkrankte Persönlichkeit, für die Familie, die Gesellschaft, den Staat etc. ist. Den zahlreichen einschlägigen bacteriologischen Forschungen widmet der Verf. einen speciellen Abschnitt mit den dazu gehörigen Literaturangaben. Im III. Abschnitte werden die Ansiedlungsgebiete der Gonorrhoe beim Weibe angegeben, es sind dies: *a)* Urethra, Blase, Niere, Rectum; *b)* Genitaltract und Bauchfell (Vulva und deren Drüsen, Vagina, Cervix und Uterus, Adnexe und Bauchfell). Der IV. Abschnitt ist der puerpero-gonorrhoischen Erkrankung und Mischinfection gewidmet. Im V. Abschnitt wird die Gesammtbetrachtung der Biologie des Gonococcus mit besonderer Berücksichtigung der Latenz erledigt. Im VI. wird die Diagnose, im VII. die Prognose, im VIII. die Therapie besprochen. Die Sterilität der Ehe, eine



medicinische und sociale Frage, wird im IX. Abschnitt erledigt. Der Prophylaxe ist der X. Abschnitt gewidmet. Wir müssen uns beschränken, nur auf den reichen Inhalt hingewiesen zu haben, denn ein näheres Eingehen wäre doch nur ein Torso ohne Beihilfe des Originals für den Leser. Jeder praktische Arzt wird die Arbeit mit vielem Nutzen lesen. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

191. ***Zur Behandlung der „erfrorenen Nase".*** *Von Dr. **Hugo Helbing**, Nürnberg. (Therap. Monatsh. 1894. 1.)*

Die „erfrorene Nase" wird von jungen Damen oft sehr störend empfunden. Die Mittel, die man bisher dagegen anwandte, — Einpinselungen von Jodcollodium und verschiedene Salben — sollten die allzu leichte Ausdehnbarkeit der Hautgefässe herabsetzen und so die Haut roboriren. Wie weit man mit diesen Mitteln kam, ist jedem Arzt bekannt. Verf. erzielte seit 5 Jahren in 21 Fällen meistens völlige Heilung durch die Behandlung der gerötheten Partien mit dem constanten Strom. Durch diesen wird Reizung der kleinen Arterien und damit verstärkter Zufluss des arteriellen Blutes erzielt, wodurch auch der venöse Abfluss geregelter wird. Die Art der Anwendung ist folgende: Man legt am besten beide Pole an den Seitenflächen der Nase an und lässt einen mässig starken Strom circa 5—10 Minuten lang einwirken. Die Elektroden werden dabei langsam streichend hin- und herbewegt, um sämmtliche Theile der Haut gut zu berühren und nicht an einer Stelle zu lang zu verweilen. Man verursacht auf diese Weise die geringsten Schmerzen. Die Stromstärke kann zweckmässig nach der Intensität des auftretenden Hautbrennens bemessen werden. In den meisten Fällen genügen 6—8 Elemente einer gewöhnlichen constanten Batterie mit frischer oder doch relativ frischer Füllung. Stärkere Ströme sind nicht von Vortheil, da dadurch die Haut zu sehr gereizt wird. Ist ein Patient sehr empfindlich, so kann man die Anode auch am Os zygomaticum anlegen und mit der Kathode beide Nasenseiten bestreichen. Letztere scheint am meisten Wirkung zu äussern. Die nächste Folge des Elektrisirens ist eine starke heftige Röthung der betroffenen Hautpartie, welche mehrere Stunden bis zu 2 Tagen anhält. Zu starke Stromanwendung ruft kleine Bläschen und mässiges Abschuppen der Haut hervor, was durch Vaseline bald geheilt wird. Zur Schonung der Haut lässt man zwischen den einzelnen Sitzungen einen Zwischenraum von 2—3 Tagen. Schon nach einigen Behandlungstagen lässt die Röthe wesentlich nach und vor Allem hört das beim Uebergang von Kälte in Wärme auftretende lästige Brennen und Jucken in allen Fällen bald auf. Bis zum völligen Zurückgehen der Hautröthe sind mindestens 10—15, selbst bis 30 Sitzungen nothwendig. Da Verf. ohne Galvanometer arbeitete, so hielt er sich bezüglich der Stromstärke an die Empfindlichkeit der Patienten. *O. R.*

192. ***Ein neues Verfahren der Amputation des Unterschenkels.*** *Von Prof. Dr. **P. Bruns**. (Beitr. zur klin. Chir. 1893. — Therap. Monatsh. 1894. 1.)*

Das von Verf. beschriebene Verfahren stellt eine s u b p e r i o s t a l e A m p u t a t i o n dar, es ist leicht ausführbar, beugt der Lappengangrän möglichst sicher vor und bildet einen gut geformten Stumpf. Im unteren Drittel des Unterschenkels geschieht



die Ausführung in folgender Weise: Während die Haut ringsum kräftig zurückgezogen wird, durchschneidet man mit einem Zirkelschnitt alle Weichtheile von der Haut bis auf den Knochen in einem Zuge. Nun wird auf den Zirkelschnitt an der inneren und äusseren Seite je ein Längsschnitt von 4 Cm. Länge gesetzt; der innere trifft genau auf die innere Kante der Tibia und dringt sofort bis auf den Knochen, der äussere wird in einem Muskelinterstitium direct auf die Fibula geführt. Durch die beiden Längsschnitte wird der Anfang des Gliedes in zwei genau gleiche Hälften, eine vordere und hintere getheilt. Jetzt löst man im Bereich der Längsschnitte mittelst des Raspatoriums zuerst die Tibia und dann die Fibula aus ihrer Periosthülse sorgfältig aus, so dass letztere in ihrem Zusammenhang erhalten bleibt. Während nun die Weichtheile mit Spateln kräftig zurückgezogen werden, geschieht die Absägung der Fibula und dann der Tibia; letztere wird schräg nach hinten unten abgetragen, so dass nachträglich keine Abschrägung der vorderen Kante mehr erforderlich ist. So besteht nun der Stumpf aus einem vorderen und hinteren Lappen von gleicher Länge, welche die sämmtlichen Weichtheile des Gliedes in ihrem normalen Zusammenhang enthalten und innen von Periost ausgekleidet sind (Haut-, Muskel-Periostlappen). Schliesslich folgt die Blutstillung, Abkürzung einzelner vorstehender Sehnenstümpfe, Anlegung versenkter Nähte durch das Periost und die Muskeln und endlich die Naht, nachdem die vier Ecken der Wundränder etwas abgerundet worden sind. Der obere Winkel der Längsschnitte wird zum Einlegen von Drainröhren benutzt. Von dieser Technik weicht das Verfahren etwas ab bei den Amputationen in der oberen Unterschenkelhälfte, sowie in denjenigen Fällen, in denen die Weichtheile, besonders die Haut, durch Infiltration starr und unverschieblich sind. An Stelle des einseitigen Zirkelschnittes wird hier zuerst nur die Haut circulär durchschnitten und fingerbreit zurückgezogen, worauf dann erst die übrigen Weichtheile um so viel höher durchtrennt werden.

193. ***Ueber die Endresultate einer conservativen Therapie bei tuberculöser Hüftgelenkentzündung.*** *Von Dr. H. Thausig. (Arch. f. klin. Chir. Bd. XLVI. Heft 2. — Centralbl. f. Chir. 1894.)*

Die Arbeit umfasst das einschlägige Material der *Billroth*'schen Klinik von 1881—1891 und reiht sich somit an den Bericht von *Rosmanit* an. Sie bezieht sich nur auf „schwere Fälle", im Ganzen 88, welche Zahl bei der Schwierigkeit, zuverlässige Nachrichten zu erhalten, eine Reduction erfahren muss. Spätnachrichten gingen nicht ein von 22 Patienten (sämmtlich nicht operativ behandelt), von den restirenden 66 konnte Verf. nur ein Viertel selbst nachuntersuchen. Die 22 Fälle werden in die Berechnung nicht einbezogen. Von den 88 Beobachtungen betrafen 51 das männliche, 37 das weibliche Geschlecht; 48mal war das rechte, 40mal war das linke Hüftgelenk befallen (einmal doppelseitige Erkrankung). Da die Resection nur als letztes Hilfsmittel in Frage kam und mehr des Secretabflusses wegen, als behufs möglichster Entfernung des Krankhaften vorgenommen wurde, so dürfte den Resultaten der 12 Resectionsfälle keine grosse Bedeutung für die vergleichsweise Beurtheilung



der Behandlung ohne und mit Operation beizulegen sein. Die Gesammtmortalität für diese 12 Fälle betrug 41·6%, aber nur 2 Patienten erlagen in directem Anschlusse an die Operation, die übrigen 3 starben frühestens 2½ Jahre post operationem. Unter den conservativ behandelten Fällen (54) figuriren keine Patienten im Initialstadium, sondern nur Fälle mit Contracturen, Abscess- oder Fistelbildung. Die 22 Fälle ohne Eiterung wurden wesentlich — nach Stellungscorrectur — mit Gypsverbänden behandelt. Von diesen sind (laut brieflicher Mittheilung) 3 vollkommen geheilt, 12 mit mehr oder minder vollkommener Behinderung der Function geheilt, 3 noch nicht geheilt, 3 gestorben. Bei den wenigen Nachuntersuchten bestanden Verkürzungen von 5—6½ Cm. Von 33 Fällen mit Abscess-, respective Fistelbildung werden 14 als geheilt, 13 als noch ungeheilt, 6 als gestorben aufgeführt. Die noch nicht Geheilten gehören den letzten Jahren der Beobachtungsperiode an. Die Behandlung bestand 8mal in Extension, fixirendem Verband und Redressement. Einmal verschwand ein Abscess spontan, 6mal kam es zum Spontanaufbruch. In 11 Fällen wurde Abscessincision mit nachfolgender Jodoformbehandlung, 8mal die Excision von Weichtheilfungus oder Knochenherden vorgenommen. Der neuen Jodoformemulsioninjection wird warm das Wort geredet. Als äusserste Grenze für die Ausheilung der conservativ behandelten Coxitis tuberculosa bezeichnet Verf. den Zeitraum von 6 Jahren. Unter vergleichsweiser Heranziehung älterer Statistiken aus der gleichen Klinik gibt Verf. die Resultate ziffermässig also an: In allen Fällen, die ohne Eiterung verliefen, starben in den Jahren

	1860–76	1877–80	1881–91
	11·7%	15·4%	12%
und wurden geheilt .	80%	84·6%	70·8%
ungeheilt blieben . . .	8·3%	—	17·2%

Trat Eiterung auf, so starben in den Jahren:

	1860–76	1877–80	1881–91
	56%	45·4%	25·6%
und wurden geheilt .	13·5%	22·7%	34·9%
ungeheilt blieben . . .	30·5%	31·8%	39·5%

Das bedeutet, dass die Fälle mit Eiterung seit 1881 ein ganz anderes Bild bieten, insofern fast dreimal so viel Heilungen und nur halb so viele Todesfälle als in der 1. Berichtsperiode zu verzeichnen sind. Den Grund für diese Aenderung erblickt Verf. in der verbesserten Behandlung, bei welcher wiederum dem Jodoform die Hauptrolle zugeschrieben wird.

194. ***Darmblutung und Brucheinklemmung bei einem Kinde von fünf Wochen.*** *Von Dr. Lazarde, Paris. (Journ. de clin. et de thérap. infantil. 1894. 7. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 5.)*

Eine Darmblutung ist bei einem ganz jungen Kinde ein sehr seltenes Vorkommniss. Ein Knabe von fünf Wochen, der, ausser dass er an habitueller Obstipation litt, gesund war, ausserdem aber zwei Inguinalhernien hatte, verweigerte eines Tages plötzlich die Brust und schrie heftig auf, beruhigte sich dann ebenso plötzlich und schlief, nachdem er die Brust genommen hatte, ein. Vier Tage später wiederholte sich dieser Anfall von Schreien und



Verf., der zugegen war, beobachtete, dass die Hernien austraten, sich jedoch spontan reponirten. Als sich fünf Tage später das Schreien wieder einstellte, verordnete Verf. ein warmes Bad, das jedoch unterbrochen werden musste, weil sich das Schreien und die Erregung des Kindes steigerte, worauf sich das Kind beruhigte und eine ziemlich grosse Quantität hellrothen Blutes mit viel Schleim, jedoch ohne eine Spur von Fäcalien entleerte. Verf. constatirte eine Einklemmung des einen Bruches, dessen Reposition unmöglich war. so dass Verf. sich begnügen musste, eine Compresse auf die Hernie zu legen und beschloss am folgenden Morgen, die Herniotomie zu machen. Das Kind schlief gut und nahm gegen 2 Uhr Nachts die Brust, die Hernie war zurückgetreten und in den Windeln fand sich Stuhl, jedoch kein Blut. Von diesem Augenblick an war das Kind geheilt. Das Kind ist jetzt 13 Monate alt, leidet noch immer an Obstipation und hat von Zeit zu Zeit Blutstreifen im Stuhl, was jedoch bei Kindern nichts Seltenes ist. Das Interessanteste bei diesem Fall war das Zusammentreffen der Einklemmung des Bruches mit der Blutung und Verf. ist der Ansicht, dass das Blut aus dem Theil des Darmes kam, welcher in dem Bruchring eingeklemmt war. Das Schreien vorher war das Bild der Kolik des Miserere, weniger die Folge von der Obstruction, da sich die Hernie sehr rasch selbst reponirte. Da die Hernien von dem Tage an nicht mehr in den Bruchsack eintraten, schliesst Verf., dass der Darm eingeklemmt war, weil die Aponeurosen dicker wurden, und dass die Muskeln stärker wurden, da die Heilung des Bruches bevorstand.

195. ***Behandlung der Asphyxie durch rhythmische Tractionen der Zunge.*** *Von **M. J. V. Laborde.** (Bull. de l'Acad. de méd. 1893. 38. — Centralbl. f. Chir. 1894. 4.)*

Schon früher theilte Verf. sein Verfahren mit, nach welchem die Asphyxie durch rhythmisches Ziehen an der Zunge erfolgreich bekämpft werden soll. Er nimmt an, dass durch die Tractionen an der Zunge der Nerv. laryngeus sup. gereizt und dadurch beim Respirationscentrum die Athmung ausgelöst werde. Diesmal theilt er kurz die Erfolge mit. die andere Aerzte mit seinem Verfahren bei Asphyxie der Neugeborenen und Asphyxie aus verschiedenen Ursachen (im Ganzen sechs Fälle) erzielt haben Die Resultate sind glänzend, und es sollen durch das Verfahren oft noch die Patienten in's Leben zurückgerufen worden sein, nachdem alle anderen Methoden der Wiederbelebung lange Zeit hindurch vergebens versucht worden waren.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

196. ***Gifte und die Placenta (Les poisons et le placenta).*** *Von **Proust.** (Le progrès méd. 1894. 6. Januar.)*

In der Academie de Médecine hielt am 3. Januar 1894 Verf. einen Vortrag über Versuche, die er seit 1877 anstellte, um den



Einfluss verschiedener Gifte auf Placenta und Fötus zu studiren. Wir entnehmen aus der Darstellung, dass Arsen, Kupfer, Blei, Atropin, Phosphor die Placenta passiren, Quecksilber nicht, sondern kann sich hier in grosser Menge accumuliren. Die Gifte häufen sich mehr in den Geweben des Fötus als in denen der Mutter. Die Wirkung der Gifte ist bei dem Fötus eine ganz abweichende von der bei Erwachsenen, bei welchen sie durch die Leber zurückgehalten werden, wo sie auch gefunden und nachgewiesen werden können, sowie in den Nerven und der Haut. Dieses Verhalten erklärt auch die Häufigkeit der Aborte, der Mortalität bei Schwangeren, die dem Gebrauche von Giften ausgesetzt sind. Auch die Wechselwirkung, die zwischen Mutter und Fötus besteht, wird durch dieses Verhalten der Gifte begreiflich. Aus diesen Resultaten ergeben sich die Symptome der Intoxication und die therapeutische Dosirung. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

197. ***Toxische Wirkung des Blutes verschiedener Thiere.*** *Von* ***Nogard.*** *(Gaz. méd. 1893. 30. December.)*

In der „Société de Biologie" theilte am 23. December 1893 Verf. die Versuchsergebnisse von *Leclainché* und *Remond* mit, die dieselben mit Blutinjectionen ausführten. Die Versuche wurden an grauen Kaninchen gemacht nach der Methode von *Bouchard.* Sie fanden, dass das Blutserum eines gesunden Thieres von verschiedener Toxicität ist in Bezug auf Thiergattung und immer weniger toxisch, als das zerriebene Blutcoagulum. Eine Mischung von Blutserum und Coagulum zeigt eine intermediäre Toxicität. Injicirt man defibrinirtes Blut, so beobachtet man eine geringere Toxicität. als bei der Mischung. Es scheint demnach. dass die Coagulation die Abscheidung der toxischen Bestandtheile der im Blutkuchen enthaltenen Gifte bezweckt. Die pathologische Beschaffenheit der Blutelemente äussert eine variable toxische Beschaffenheit. Während des Fiebers ist die Toxicität gesteigert. In cachectischen anämischen Zuständen ist diese vermindert. Nach *Hayem* sind die bei Blutinjectionen beobachteten Erscheinungen nicht toxische, sondern einfach physiologisch-pathologische.

Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

198. ***Ueber einen Fall von Rindenblindheit intra vitam diagnosticirt und durch Autopsie bestätigt.*** *Von* ***Déjerine*** *und* ***Vialet.*** *Sitzung der Société de Biologie vom 9. December 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 8.)*

Ein Greis aus dem Krankenhause von Bicêtre erblindete im Alter von 64 Jahren. Die Untersuchung des Auges ergab vollständige Integrität des Organes. die Reaction der Iris war erhalten, die brechenden Medien waren intact, der Hintergrund des Auges absolut normal. Auf Grund dieser Erscheinungen wurde die Diagnose: „Rindenblindheit" in Folge doppelseitiger Erkrankung des Centrum cerebrale des Gesichts schon im Jahre 1889 gestellt. Die ophthalmologische Untersuchung, welche seitdem oft wiederholt wurde, zeigte keine Aenderung der Sehfähigkeit bis zum Tode des Patienten. Letzterer erfolgte im Jahre 1893 in Folge von Pneumonie, somit 4 Jahre nach dem Anfang der Affection. Die Autopsie bestätigte vollkommen die Diagnose. Es bestand eine doppelseitige Erweichung der inneren Oberfläche der Lobi occipitalis mit secundärer Degene-



ration des Corpus callosum. In der rechten Hemisphäre nahm die Läsion den Cuneus und die Lobi lingualis und Fossiformis ein, d. h. die ganze Ausdehnung des Gesichtscentrums. In der linken Hemisphäre bestand die Rindenläsion besonders auf dem Centrum der inneren Oberfläche des Lobus occipitalis. Im Niveau des Lobus lingualis hatte sie ihre grösste Ausdehnung erreicht.

199. ***Ueber die Durchlässigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für die Mikroorganismen.*** *Von Dr. med.* ***Arnd****, Bern. (Mitth. aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz. I. Reihe. Heft 4. — Correspondenzbl. f. Schweizer. Aerzte. 1894. 1.)*

Die Aufgabe, welche Verf. sich gestellt hat, ist mehrfach schon von anderen Autoren zu lösen versucht worden. So gelangte *Garrè* durch die bacteriologische Untersuchung von 8 Fällen eingeklemmter Brüche zu dem Schlusse, dass die lebende Darmwand für Mikroben undurchgängig sei; dieselben treten erst durch, wenn sich irreparable Störungen in der Vitalität des Darmes eingestellt haben. Auf experimentellem Wege suchten vor Allem *Bönnecken* und *Ritter* zu einer entscheidenden Antwort zu gelangen, doch stimmten die Schlussfolgerungen, welche die beiden Experimentatoren aus ihren Versuchen zogen, keineswegs überein. *Bönnecken* kommt zu dem Resultate, dass es nur einer venösen Stase bedürfe, um die Darmwand für die Mikroorganismen durchgängig zu machen. *Ritter* folgert, dass die Darmwand des Kaninchens nur bei eintretender Necrose passirbar sei. Die Widersprüche, welche einerseits aus den experimentellen Arbeiten hervorgingen, anderseits zwischen diesen und den beim Menschen gemachten Erfahrungen sich geltend machten, hat Verf. mit Erfolg durch exacte, sehr mühsame, im Laboratorium von Prof. *Tavel* angestellte Versuche aufgeklärt deren Technik hier nicht ausführlich beschrieben werden kann, Die Schlussfolgerungen, welche Verf. aus seiner Arbeit zieht, lauten zusammengefasst: 1. Der Darm des Kaninchens ist im Zustand einer leichten Circulationsstörung für die in ihm enthaltenen Mikroorganismen durchgängig, ohne dass er eine Gewebsveränderung eingeht, die seine Function irgendwie beeinträchtigt, und ohne dass eine vorher bestehende Veränderung entzündlicher Art seine Wandung dazu vorzubereiten braucht. 2. Es besteht (im Experiment) ein gewisses Verhältniss zwischen dem Grad der Einklemmung einer Hernie und der Quantität des Bruchwassers. Je grösser dieselbe ist, um so länger war die Hernie eingeklemmt, oder um so stärker war der Druck.

200. ***Zur Physiologie des Darmcanals.*** *Von Prof.* ***Grützner****. Vortrag bei der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.*

Werden bei hungernden Thieren oder Menschen kleine Mengen in den Verdauungssäften unlöslicher Pulver, wie z. B. Kohlenpulver oder rohe Stärke, aufgeschwemmt in physiologischer Kochsalzlösung in den Mastdarm eingeführt, so erscheinen dieselben nach mehreren Stunden in den oberen Theilen des Darmcanals, beziehungsweise im Magen. Für die in den Verdauungssäften unlöslichen Nahrungsreste, welche auf dem gewöhnlichen Wege in den Darm gelangen, ist eine solche Rückwärtsbewegung nicht bekannt. Der Vortr. enthält sich jeder Speculation über die Ursache

dieser merkwürdigen Erscheinung und stellt weitere Versuche in Aussicht. In der Discussion erinnert Prof. *v. Frey* an die verschiedenen Bewegungsformen, welche am Darm namentlich in neuerer Zeit durch *Mall* studirt worden sind, insbesondere an die sogenannte antiperistaltische Bewegung, welche von jedem Punkte des Darmes durch stärkere Reizung ausgelöst werden kann.

201. ***Die Tuberculose der Iris und des Ciliarkörpers.*** *Von Dr. **E. Machek,** Lemberg. (Przeglad lekarska. 1894. 1. — Med.-chir. Centralbl. 1894. 3.)*

Bei der genaueren Betrachtung der Fälle findet man, dass man es bei der tuberculösen Chorioiditis einerseits und bei der Iritis und Cyclitis tuberculosa andererseits mit zwei ganz verschiedenen Krankheitsbildern zu thun hat, welche nur mit Rücksicht auf den tuberculösen Ursprung und den Sitz der Erkrankung zu einander gehören, bezüglich des klinischen Verlaufes und der Prognose aber wohl auseinander zu halten sind. Die Tuberculose der Chorioidea zeigt sich nur bei weit vorgeschrittener Phthise, gewöhnlich kurz vor dem Tode und betrifft in der Regel beide Augen. Die Iritis und Cyclitis tuberculosa ist aber in der Regel nur ein locales Leiden, eine Primäraffection. Wie die Tuberculose der Knochen, verläuft auch sie ganz schleichend, ist aber insofern von grösserer Bedeutung, als sie durch ihr Uebergreifen auf die Hirnhäute ein lebenswichtiges Organ bedroht. Die Ueberzeugung nun, dass es sich in diesen Fällen nur um einen localen Process handelt, hat mit Rücksicht auf die Prognose und die Behandlung eine sehr grosse Bedeutung. Das von der Tuberculose betroffene Auge ist für den Sehact ein- für allemale verloren; im weiteren Verlaufe kann durch dasselbe der ganze Organismus bedroht werden, indem sich in den meisten Fällen Meningitis tuberculosa entwickelt, es ist daher die operative Entfernung des Krankheitsherdes indicirt. Eine Iridectomie dürfte nur ganz ausnahmsweise hinreichen, für gewöhnlich empfiehlt sich die Enucleation des erkrankten Bulbus. Verf. beschreibt nun genauer einen Fall, in welchem er bei einem $3\frac{1}{2}$jährigen Mädchen, welches seit 4 Monaten erkrankt war, Tuberculose der Iris diagnosticirte und, nachdem auch die Professoren *Fuchs* und *Reuss* den Fall gesehen haben und gleichfalls die Enucleation für indicirt fanden, das erkrankte Auge enucleirte, dadurch Heilungserfolg erzielte, welcher bis jetzt, über ein Jahr nach der Operation, andauert. Einige Stunden nach der Enucleation wurden von Dr. *Krokiewicz* in den Knötchen der Iris Tuberkelbacillen nachgewiesen. Auch die genauere histologische Untersuchung ergab eine ziemlich weit vorgeschrittene Tuberculose der Iris. Dieser Fall zeigt, dass bei der Uveitis tuberculosa anterior eine frühzeitige Enucleation des erkrankten Auges lebensrettend ist, was von Professor *Fuchs* u. A. schon lange gelehrt wird.

202. ***Ueber den Einfluss der Gallenblasenexstirpation auf die Verdauung.*** *Von Dr. **Rosenberg.** (Pflüger's Archiv. Bd. LIII, pag. 389. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 1.)*

Die Frage, welchen Einfluss die Gallenblasenexstirpation auf die Verdauung hat, ist durch die in neuerer Zeit vielfach ausgeführte Cholecystectomie zu einer praktisch wichtigen geworden. Verf. versucht in der vorliegenden Arbeit durch den Thierversuch



dieselbe zu lösen. Eine Hündin erhielt zunächst durch eine Reihe von Tagen eine bestimmte Kost, bei welcher sie sich auf dem Körperbestande erhielt (50 Grm. Schmalz, 40 Grm. Reis, 40 Grm. Fleischmehl). In 3 Versuchsreihen wurde nun im Koth N und Fett quantitativ bestimmt, wobei sich ergab, dass 95% des N-haltigen Theiles der Nahrung und 98% Fett resorbirt waren. Hierauf wurde die Gallenblase exstirpirt und nach Verheilung der Wunde der Versuch in derselben Weise wiederholt. Diesmal wurden 93—95% der N-haltigen Nahrungsbestandtheile und 98% Fett resorbirt, also eben so viel wie vorher. Die Gallenblasenexstirpation hatte also auf die Verdauung und Resorption im Darme keinen Einfluss. Bei der Section des Thieres, das nach 24 Stunden Fasten getödtet wurde, fand sich auf der ganzen Darmschleimhaut eine Schicht braungelber Galle. Die Gallenentleerung in den Darm erfolgte also nach der Gallenblasenexstirpation continuirlich.

203. ***Ueber ein neues Mutterschaftsorgan und über das Becken des Hottentottenweibes.*** *Von* ***Ces. Lombroso****, Turin. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 17. u. 18. December. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 5.)*

Verf. sieht in der Steatopyga der Hottentottinnen ein Organ, das durch das Tragen des Kindes auf den Glutäen erzeugt wird, ähnlich wie die Lipome bei Lastträgern an den von der Last besonders gedrückten Stellen. Bei anderen Völkern, die ihre Kinder gleichfalls auf den Hinterbacken tragen, bildet sich die Steatopygie deshalb nicht aus, weil nur bei den Hottentotten sich ein „weiter hervorstehender Steissknochen“ gleichsam als prädisponirend findet, eine Behauptung, die *Luschka* auf Grund seiner anatomischen Untersuchung der Leiche der Afandy bereits für ganz unrichtig erklärte. Bevor man überhaupt die Ansicht des Verf.'s theilt, möge man sich erinnern, dass *Theoph. Hahn* den Fettsteiss auch bei männlichen Hottentotten fand. Auch die Lippe hat wahrscheinlich ursprünglich als Mutterschaftsorgan functionirt und sich erst später zum „erotischen Organ“ umgewandelt. Der Kuss ist entstanden aus dem Acte des Schnäbelns, das sich als Methode der Nahrungszufuhr auch bei (wilden) Menschen findet. Als „Symbol und Herold der Liebe“ ist der Kuss bei Wilden und Halbcivilisirten unbekannt.

204. ***Ueber den feineren Verlauf der Nerven im Eierstocke des Menschen.*** *Von* ***Otto v. Herff****, Halle. (Zeitschr. f. Geburtshk. u. Gyn. Bd. XXIV. Heft 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 5.)*

Verf. stellt fest, dass die Existenz eines sehr dichten Nervengeflechtes im Ovarialstroma, welches zum grössten Theile bestimmt ist, alle Gefässe, einschliesslich die der Follikel, zu versorgen, über allem Zweifel steht. Auch zu dem Follikelepithel gelangen Nerven, die sich an den kleinsten Follikeln nur anlagern, in die grössten aber Fasern entsenden, die bis in die Membrana granulosa einstrahlen und hier endigen. Ausserdem gehen einzelne Fasern noch zum Keimepithel, sowie zu den Muskelzellen im Hilus und in der inneren Gefässschicht. Das Vorhandensein von Ganglienzellen konnte nicht ganz klar dargelegt werden, ist jedoch zum Mindesten im Hilus sehr wahrscheinlich.



Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

205. ***Einwirkung des Ozons auf Bacterien.*** *(Arbeiten des kaiserlichen Gesundheitsamtes. 1892. VIII, pag. 1. — Deutsche Vierteljahrschrift f. öffentl. Gesundheitspflege. 1893.)*

Der Verf. prüfte 1. die Einwirkung ozonhältiger Luft auf Bacterien, welche Gegenständen anhaften; 2. die Einwirkung ozonhältiger Luft auf Bacterien in wässerigen Flüssigkeiten, und fand: *a)* dass trockenes Ozon trockene Bacterien gar nicht schädigte, *b)* feuchtes Ozon eingetrocknete Typhusbacillen nach einer Stunde tödtete, *c)* feuchtes Ozon feuchte Typhusbacillen nach 18 Stunden tödtete, Milzbrandsporen nicht tödtete, *d)* Ozon auf Bacterien, die in Wasser aufgeschwemmt waren, kräftig zerstörend einwirkte, wenn das Wasser nicht mit zu viel lebloser organischer Substanz verunreinigt war. Sein Urtheil geht deshalb dahin, dass das Ozon zur Desinfection von Gegenständen, speciell von Wohnräumen, sich nicht eignet, dass es aber nicht ausgeschlossen erscheint, dasselbe zur Reinigung und Sterilisirung von Trink- und Flusswasser nutzbar zu machen, zumal dem so behandelten Wasser der eigenartige Geruch und Geschmack nach Ozon nur kurze Zeit anhafte. Die Apparate von *Fröhlich*, *Erlwein*, *Howe* und von *Tietzen-Hennig* ermöglichen die Herstellung grösserer Mengen Ozon in einfacher billiger Weise. Dr. *E. Lewy.*

206. ***Einfluss der Fütterung auf die Kuhmilch.*** *(Ostertag, Molkereizeitung. 1892, pag. 38.)*

Die Milch der Kühe kann durch folgende Futtermittel und Arzneistoffe vergiftet werden: 1. Gras und Heu von Weiden, auf denen reichliche Mengen Giftpflanzen wachsen, besonders Colchiceen und Veratreen. 2. Faulige Rübenblätter, Schlempe, Rübenpresslinge, Melassen, Rückstände der Oelfabrication, Raps- und Rübenkuchen, Ricinuskuchen. 3. Kampfer, Terpentinöl, Aloe, Arsen, Blei, Jod, Zink, Wismuth, Antimon, Tart. stibiatus, Kupfer, Quecksilber. Dr. *E. Lewy.*

207. ***Bleivergiftung durch Mehl.*** *(22. Jahresbericht, Nr. 6, sächsisches Landes-Medicinalcollegium. 1893, pag. 131. — Deutsche Vierteljahrschrift f. öffentl. Gesundheitspflege.)*

In Nemt bei Wurzen erkrankten im Beginne des Jahres 1890 etwa 60 Menschen an kolikartigen Schmerzen im Leibe, Druckgefühl in der Magengegend, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, grosser Abgeschlagenheit und leichtem Icterus. Da sich bei einigen später auch ein grauer Saum am Zahnfleisch zeigte, so kam man auf den Verdacht, dass hier eine allgemeine Bleiintoxication vorliege, bedingt durch das Mehl aus der Wassermühle in Nemt, und in der That liess sich in Proben dieses Mehles Blei nachweisen. Veranlasst war dieser Bleigehalt des Mehles dadurch, dass in den gleichzeitig als Lager für die Flügelwelle dienenden Hohlzapfen der Sichtmaschine, die mit bleihaltigem Lagermetall ausgegossen waren, sich das Lagermetall allmälig abgeschliffen und durch die Reibungen der Welle sich dem Mehle nach und nach beigemengt hat. Das Mehl scheint zu verschiedenen Zeiten verschiedenen Bleigehalt gehabt zu haben, den höchsten an den



Tagen, an welchen der Betrieb in der Mühle am stärksten war. Dann traten cumulirte und besonders schwere Intoxicationserscheinungen auf, so am 26. Januar, 16. und 20. März. Das Vorkommen leichterer Erkrankungen erklärt sich dadurch, dass das Mehl aus der Nemter Mühle, das in der letzten Zeit immer sehr schwarz ausgesehen haben soll, mit anderem Mehl vermischt und dadurch der Bleigehalt verringert wurde. Dr. *E. Lewy.*

208. ***Der Einfluss der Zulassung der Frauen zur Fabrikarbeit auf die Sterblichkeit ihrer Kinder.*** *Von Dr.* ***G. Reid,*** *Stafford. (Semaine méd. 1893. 42. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 8.)*

Verf. hatte Gelegenheit, in Stafford zwei verschiedene und getrennte Industriebezirke zu beobachten, in deren einem viele Frauen zur Fabrikarbeit zugelassen, während sie in dem anderen davon ausgeschlossen waren. Die Statistiken der letzten zehn Jahre beweisen in der That, dass die Sterblichkeit der Kinder in dem Verhältniss um Vieles höher ist in jenem Bezirk, in dem viele Mütter der Häuslichkeit entzogen sind. — Wenn man die Industriestädte in drei Gruppen theilt, in solche, in denen eine verhältnissmässig grosse Anzahl von Frauen in Fabriken beschäftigt ist, in solche, in denen die Zahl der in Fabriken arbeitenden Frauen eine relativ geringere ist, und in solche, in denen nur wenig Frauen ausserhalb des Hauses arbeiten, so findet man auf Grund sorgfältig und methodisch angestellter Untersuchungen, dass die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in der ersten Kategorie 19·5%, in der zweiten 16·6%, in der dritten 15·2% beträgt. Es scheint also berechtigt, die excessive Sterblichkeit in der ersten Gruppe allein dem Umstand zuzuschreiben, dass die Mütter durch ihre Arbeiten ausserhalb des Hauses verhindert werden, den Kindern die nöthige Sorgfalt zutheil werden zu lassen. Die Gesammtsterblichkeit der verschiedenen Alter ist in gleicher Weise in der ersten der angenommenen Kategorien höher. als in den beiden anderen. Aber dies erklärt sich durch die sehr beträchtliche Sterblichkeit der Kinder in dem ersten Lebensalter. In der That ist, wenn man die die Kinder betreffenden Todesfälle eliminirt, die Sterblichkeitsziffer für die Erwachsenen fast genau dieselbe. Es wäre noch möglich, dass diese erhöhte Kindersterblichkeit zum Theil auf Rechnung der zahlreichen unehelichen Geburten in Fabriksgegenden zu setzen wäre, allein der Vergleich mit anderen gewerbetreibenden Bezirken und Stadttheilen, in denen die Zahl der unehelichen Kinder eine viel höhere ist, lässt diese Erklärung nicht zu. — Officielle Statistiken haben ergeben, dass die Städte, in denen das Verhältniss der verheirateten Fabrikarbeiterinnen zu den Arbeitern 15 zu 100 beträgt, eine Kindersterblichkeit von 17·5% haben, die, wo das Verhältniss zwischen 10 und 15 zu 100 ist, eine solche von 17·1% aufweisen, und endlich die, wo das Verhältniss unter 10 zu 100 herabsinkt, nur eine Kindersterblichkeit von 15·4% zeigen. Diese Resultate mögen genügen, auch die Regierungen zu einer eingehenden Beschäftigung mit der Frage der Zulassung von Frauen zur Fabrikarbeit anzuregen, Verf. will sie frühestens erst drei Monate nach der Entbindung zu derselben zugelassen wissen.



209. ***Ueber den Einfluss des Tabaks auf den Tuberkelbacillus.*** *Von Dr. **Kerez**, Zürich. (Correspondenzbl. f. Schweizer. Aerzte. 1894, pag. 19.)*

Da beim Befeuchten und Einrollen der Cigarren in das Deckblatt die Uebertragung tuberculösen Materials in erstere seitens der Tabakarbeiter möglich ist, lag es nahe, die Möglichkeit einer tuberculösen Infection durch Cigarren experimentell zu prüfen. Der Gang der Untersuchung war kurz folgender: Cigarren, in gleicher Weise wie in Fabriken hergestellt, wurden mit tuberculösem Sputum inficirt, indem vor dem Einhüllen in das Deckblatt solches an die Finger oder mittelst einer Pincette in geringer Menge zwischen Umhüllungs- und Deckblatt gebracht wurde. Gleiches Sputum wurde jeweilen auf Papier verstrichen in sterilen Reagensgläsern neben den Cigarren aufbewahrt, um festzustellen, ob die Beeinflussung der Virulenz der Tuberkelbacillen einer specifischen Wirkung des Tabaks oder nur der Eintrocknung zuzuschreiben sei. Mit dem nämlichen Sputum wurden auch Controlthiere geimpft. Vorher wurde durch Injection von Tabakinfus in die Bauchhöhle von Meerschweinchen constatirt, dass letztere solches ohne Reaction vertragen. Nach verschieden langer Aufbewahrung der Cigarren und der mit Sputum beschickten Papierstreifen in temperirtem Raume, wurden einerseits die Deckblätter abgerollt und mit sterilem Wasser abgespült, andererseits ebenso das inficirte Papier und dann das erhaltene Tabakinfus je zwei, das Papierinfus je einem Meerschweinchen intraperitoneal injicirt. Das Resultat der Untersuchung war folgendes: 1. Die mit Sputum geimpften Controlthiere wurden alle tuberculös. 2. Nach Einwirkung von 5 und von 4 Wochen blieb eine Infection aus sowohl bei den Thieren, welche von inficirten Cigarren, als auch denen, welche von Papier geimpft worden waren. 3. Während die nach Eintrocknung während 3 Wochen, 2 Wochen und 10 Tagen von inficirtem Papier geimpften Meerschweinchen tuberculös wurden, erwiesen sich die von inficirten Cigarren geimpften Thiere nur in jenem Falle als tuberculös, wo die Einwirkung des Tabakes blos 10 Tage gedauert hatte. Der Tuberkelbacillengehalt des zur Injection verwendeten, von inficirten Cigarren stammenden Infuses war (im Sediment) nur nach 10 Tagen Einwirkung reichlich, bei längerer Einwirkung äusserst gering, während bei dem vom Papier stammenden Infus die Zahl der Bacillen eine mittlere bis reichliche war. Es geht aus obigen Untersuchungen hervor, dass, da die Cigarren von den Fabriken kaum vor 4 Wochen abgegeben werden können, da sie zu nass sind, die Gefahr einer tuberculösen Infection vermittelst Cigarren von Seite der sie darstellenden Arbeiter ausgeschlossen ist.

210. ***Die Anfertigung von Mikrotomschnitten aus lebenden Bacterienculturen ohne Härtung.*** *Von Dr. **Ferdinand Winkler**, Demonstrator am embryolog. Institute der Universität Wien. (Fortschr. d. Med. 1893. 22. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 4.)*

Man schneidet sich aus weichem Paraffin (Schmelzpunkt 42°) einen prismatischen, in die Mikrotomklammer passenden Block zu und bohrt mit einem dünnen Korkbohrer einen Cylinder aus. Die untere Oeffnung wird mit einem Stückchen Paraffin verklebt. Den



so zugerichteten Block legt man in Sublimat, das man später wieder abgiesst. Die Höhle wird nun entweder mit Nährgelatine, respective Agar gefüllt, erstarren gelassen und dann inficirt, oder man bringt die bereits inficirte Nährmasse hinein. Will man anärobe Mikroorganismen untersuchen, so schliesst man auch die obere Oeffnung mit Paraffin. Die Zerlegung der Schnitte wird unter Alkohol vorgenommen. Der Schnitt wird mit einem in Alkohol getauchten Pinsel vom Messer entfernt, in 70%igen Alkohol gebracht und dort beliebig lange aufbewahrt. Zur Färbung empfiehlt Verf. eine stark mit Wasser verdünnte Lösung von Carbolfuchsin, von dem ein Tropfen auf das Object gebracht wird. Die Bacterien erscheinen tiefroth; die Gelatine- oder Agarmasse wird schwach gefärbt. Durch Einlegen in Alkohol lässt sich die Färbung wieder beseitigen, die durch frische Carbolfuchsinlösung von Neuem erzielt werden kann.

211. ***Beitrag zur Aetiologie des Hitzschlages.*** *Von Dr. **Rossbach**. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1893. 7. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 51.)*

Verf. hat während seiner 6jährigen Dienstzeit als Truppenarzt vielfach Fälle von Hitzschlag der verschiedensten Stärke beobachtet und ist zur Ueberzeugung gekommen, dass ausser den von *Hiller* (Beiheft zum Militär.Wochenbl. 1887, pag. 135. Hitzschlag auf Märschen. seine Ursachen und Verhütung) angegebenen ätiologischen Momenten, als Flüssigkeitsverlust des Körpers und Störungen in der Wärmeregulirung, noch ein drittes Moment zu beachten sei. Nach Verf. handle es sich in den schweren Fällen um eine Autointoxication mit Harnstoff oder anderen toxisch wirkenden, für den Organismus nicht mehr brauchbaren Stoffen, die normaler Weise durch den Urin ausgeschieden werden. Diese Autointoxication kann nach Verf. auf zweifache Weise geschehen: 1. Die sich im Körper normalerweise, besonders bei erhöhter körperlicher Anstrengung bildenden Stoffe — seien es Harn — oder andere unbrauchbare, vielleicht auch giftige Stoffe — werden bei der den Hitzschlag vorbereitenden hohen Körpertemperatur nicht ausgeführt, sondern bleiben im Körper, da die Flüssigkeit aus dem Körper nicht in Form des Harns, sondern in Form von Schweiss ausgeschieden wird, der letztere aber nur geringe Mengen Harnstoff etc. enthält. 2. Wird vom Körper durch Schweiss und Athmung viel Flüssigkeit verloren, so wird der in der Harnblase sich befindende concentrirte Harn durch die Schleimhaut der Harnblase resorbirt und dadurch dem Körper Harnstoff etc. zugeführt. Die Möglichkeit der Resorption durch die Blasenschleimhaut ist durch physiologische Experimente erwiesen. Verf. begründet seine Ansicht mit Folgendem: *a)* Verhalten der Athmung: sowohl beim Hitzschlag, wie bei urämischen Anfällen treten mehrfach bei stark beschleunigter Athmung plötzlich $^1/_2$—1 Minute dauernde Athmungspausen ein, die sich nach einiger Zeit wiederholen. *b)* Bei ungetrübtem Sensorium treten leichte Krämpfe auf und ebenso Contractionen der Muskeln an den Extremitäten, wenn der Patient schon wieder zur Besinnung zurückgekehrt ist. *c)* Vorkommen diarrhoischer Stühle. Besonders die letztgenannte Erscheinung kann nach Meinung des Verf. durch die *Hiller*'sche



Theorie schwer erklärt werden. Zu der üblichen Behandlungsweise, als Begiessungen, Bäder, Wasserzufuhr, Analeptica etc. empfiehlt Verf. noch Klystiere von warmem Kaffee (Kaffee ist ein Analepticum und wirkt auf die Diurese), die nicht mehr als 200 Grm. fassen dürfen und alle 20—25 Minuten wiederholt werden sollen, und räth, den Patienten zum häufigen Harnlassen zu ermuntern, um dem Ansammeln von Harn in der Harnblase vorzubeugen.

212. ***Neue Methode zur Gewinnung sehr kleiner Mengen Flüssigkeit behufs bacteriologischer Untersuchung.*** *Von **M. Oker-Blum.** (Duodecim. 1893. IX. 5 u. 6. — Schmidt's Jahrb. Bd. CCXL, pag. 227.)*

Verf. hat seine Methode mit Erfolg angewendet bei Untersuchungen über die Bacterien, die durch die pathologisch veränderte Darmwand in die Peritonealhöhle eindringen. Wenn man sich zur Erlangung von Peritonealserum nach der gewöhnlichen Methode der Glaspipette bedient, ist dies, namentlich wenn es sich um eine sehr geringe Menge Flüssigkeit handelt, mit mancherlei Uebelständen verknüpft, bei denen Verf. besonders noch den erwähnt, dass ein Eitertropfen in die Spitze der Pipette gelangt und beim Zuschmelzen sterilisirt wird, wodurch das Resultat der Untersuchung beeinträchtigt wird. Um diese Uebelstände zu vermeiden, empfiehlt Verf. folgendes Verfahren. Ein weicher, mit sehr feinen Poren versehener Badeschwamm wird in ganz kleine Stückchen zerschnitten, die man durch Kochen sterilisirt und in 5—10 Ccm. sterilisirter Bouillon enthaltenden Probirgläschen aufbewahrt, die verkorkt oder mit Wattepfröpfen verschlossen werden. Mit einem solchen Schwammstückchen, das man mit einer sterilisirten Pincette herausgenommen hat, kann man bei aseptischen Laparotomien durch Berührung der kranken Darmfläche leicht Peritonealserum zur Untersuchung erhalten.

Literatur.

213. ***Hypnotismus und Suggestion.*** *Eine klinisch-psychologische Studie von Prof. **Moriz Benedikt.***

Es ist kein Werk methodischer und systematischer Forschung, womit uns B. diesmal beschenkt, sondern — obwohl die wichtigsten und „actuellsten" Fragen streifend — mehr in geistreichem Plaudertone geschriebenes wissenschaftliches Feuilleton; Memoirenbruchstücke, Selbstbekenntnisse, die an losem Faden aufgereihte Geschichte der mannigfachen Berührungen B.'s mit den Erscheinungen und Problemen des Hypnotismus — seiner s c h e i n b a r veränderten Stellungnahme dazu, und ihrer thatsächlichen Begründung. Mit Recht kann B. von einem nur „scheinbaren" Stellungswechsel reden; denn in Wirklichkeit hat nicht er, sondern hat „die Welt", die wissenschaftliche sowohl, wie die Laienwelt, ihre Position diesen Dingen gegenüber von Grund aus gewechselt und dabei zum Theil so bedenkliche Evolutionen vollführt, die B.'s Ausdruck, dass „die betheiligten Kreise in schwindelerregender Weise um die



Wahrheit herumschwankten", vollauf rechtfertigen. Wenn es in jetzt schon um zwei bis drei Lustren zurückliegenden Tagen nothwendig erscheinen mochte, auf den thatsächlich vorhandenen Kern der damals betriebenen hypnotischen Beobachtung allzu skeptischen Zweiflern gegenüber aufmerksam zu machen, so ist heute nach B. die Aufgabe nahezu entgegengesetzt; mindestens erscheint es, nachdem der Hypnotismus sich allenthalben als siegreich proclamirt hat, wohl angebracht, vor dem Verfallen in allerlei Excentricitäten und Modethorheiten, vor gewissen, aus Sensationsbedürfniss und Zeitungsreclame entsprungener pseudowissenschaftlichen Producten ernstlich zu warnen. Und an einem laut genug hallenden Warnungsrufe in dieser Richtung lässt es B. denn auch nicht fehlen! — Gehen wir B.'s Buch im Einzelnen etwas näher durch, so erfahren wir unter Anderem, wie er durch *Lasègue* schon 1867 die ersten Anregungen zur Beschäftigung mit den hypnotischen Erscheinungen empfing, und es ist wohlthuend, bei dieser Gelegenheit das Andenken eines Mannes reactivirt zu sehen, der als Vorläufer und Bahnbrecher auf diesem Gebiete entschiedene Verdienste hatte, dessen Leistungen leider zu früh kamen und daher auch zu früher Vergessenheit anheimfielen. Für den Autor der Catalepsies passagères, den Erforscher der „Catalepsie artificielle, provoquée" ist es eine verspätete Genugthuung, wenn B. an Stelle von Hypnotismus, Hypnotisation die Ausdrücke Catalepsie, Catalepsirung einzuführen vorschlägt. Von grossem persönlichen wie sachlichem Interesse sind B.'s Berichte über seine Besprechungen mit *Charcot*, über sein Verhalten beim Auftauchen *Hansen's*, über seine Stellung zu der (von ihm wohl etwas zu geringschätzig beurtheilten) Nanceyer Schule, über sein Auftreten auf dem Pariser internationalen psychiatrischen Congresse und auf den Congressen von Bournemouth und Brüssel, wobei namentlich die Beziehung der Criminalogie zur posthypnotischen Suggestion in sehr anregender Weise besprochen und „auf das minimale Mass, das sie verdient", reducirt wird. Bedeutend und belehrend, wie es von einem Hysteriekenner allerersten Ranges gleich B. zu erwarten ist, sind auch die Betrachtungen über das Verhältniss der Hypnotisabilität und Suggestivität zur Hysterie und die Erörterung des Wesens der letzteren, wofür B. „in der angeborenen oder erworbenen erhöhten Erschütterbarkeit des Nervensystems" eine biomechanische Definition findet. — Das letzte Capitel ist grösstentheils der Erörterung jener sonderbaren „psychologischen Experimente" gewidmet, von denen bereits an früherer Stelle der „Rundschau" (1893, pag. 751—753) ausführlich die Rede gewesen ist. Nachtragsweise fasst B. seine Erfahrungen über somnambule und posthypnotische Zustände in einer Reihe von Sätzen zusammen, die zu aufmerksamem Nachlesen und Nachdenken bestens empfohlen sein mögen.

A. Eulenburg, Berlin.

214. ***Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten.*** *Herausgegeben von der k. k. n.-ö. Statthalterei. I. Jahrgang 1892. Wien und Leipzig 1893, Wilhelm Braumüller.*

Wir bringen unseren Lesern eine hervorragende Publication zur Kenntniss, welche gleichsam den literarischen Ausdruck der in den Jahren 1891 und 1892 durchgeführten Reorganisation des Wiener öffentlichen Krankenhauswesens darstellt. Entsprechend der von der Staatsverwaltung unternommenen Reformaction, in Folge der sämmtliche öffentliche Spitäler Wiens durch eine feste Organisation zu einheitlichem



Wirken mit einander verbunden wurden, ist auch die Berichterstattung über die vereinigten acht Krankenhäuser Wiens zu einer einheitlichen gestaltet worden. Der vorliegende Band enthält zunächst geschichtliche Angaben über die Entstehung und Entwicklung der Wiener k. k. Krankenanstalten sammt den erläuternden Baubeschreibungen und Plänen. Gewiss eine höchst werthvolle Darstellung, welche als Richtschnur für die Erbauung von Krankenanstalten noch lange zu dienen haben wird. Ueberdies gibt das Jahrbuch Rechenschaft über die berufsmässige Wirksamkeit der Wiener Krankenanstalten für das im Titel genannte Jahr, sowie über die wirthschaftlichen Ergebnisse ihres Betriebes. Es ist selbstverständlich, dass der Krankenstatistik im Jahrbuche der gebührende Platz eingeräumt wurde und auch fernerhin bewahrt werden wird. Auch steht das Jahrbuch den an den einzelnen Krankenhäusern wirkenden Aerzten für die Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten, sowie zur Verzeichnung ihrer anderwärts publicirten Werke zur Verfügung, wodurch es ein Gesammtbild der wissenschaftlichen Bethätigung der an den Anstalten wirkenden Aerzte während des Berichtsjahres darbietet. Für die Herausgabe des Jahrbuches gebührt der n.-ö. Statthalterei als der unmittelbaren Oberbehörde aller Wiener k. k. Krankenhäuser der unbedingte Dank nicht nur der Aerzte, welche darinnen eine von Jahr zu Jahr wiederkehrende und stets reicher werdende Quelle der Belehrung und Anregung finden werden, sondern auch von Seite jener Vertreter der Verwaltung in den Ländern und Gemeinden, zu deren Wirkungsgebiete die öffentlichen Krankenanstalten zählen. Und so wünschen wir, es möge die fruchtbare Initiative der k. k. n.-ö. Statthalterei, welche im vorliegenden Werke sich so kräftig bethätigt hat, auch fernerhin in ungeschwächtem Masse fortwirken und das Werk für die medicinische Wissenschaft und den öffentlichen Verwaltungsdienst in immer steigendem inneren Werthe erhalten.

215. ***Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie mit Einschluss der Untersuchungen am Lebenden für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr. **Otto Hildebrand,** Privatdocent der Chirurgie in Göttingen. Mit einem Vorwort von Dr. Franz König, ord. Professor der Chirurgie, geh. Med.-Rath, Director der chirurgischen Klinik in Göttingen. 92, theils mehrfarbige Abbildungen im Text. Wiesbaden 1894. J. F. Bergmann.*

Das vorliegende Werk gehört zu denjenigen, welche, neuen Richtungen Rechnung tragend, auch neue Bahnen des Erkennens eröffnen; demgemäss dürfen wir auf den vorliegenden Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie sowohl die Aufmerksamkeit der studirenden Jugend als des chirurgischen Fachmannes hinlenken. Prof. *König* spricht sich in dem von ihm geschriebenen Vorwort über das Buch seines langjährigen Assistenten und Mitarbeiters der Göttinger Klinik, auf die Frage, ob das Erscheinen desselben berechtigt sei, mit einem kräftigen „Ja“ aus, das er damit begründet: „Die chirurgisch-topographischen Leitfäden müssen, wenn sie etwas werth sein sollen, Kinder ihrer Zeit sein. Sie treiben nicht reine Wissenschaft, sondern sie sind „ad hoc“, d. h. dem zeitlichen Streben und Arbeiten der chirurgischen Kunst in vielen Stücken angepasst. Es müssen heute viele specielle Verhältnisse hervorgehoben werden, welche vielleicht vor einem oder zwei Jahrzehnten den praktischen Chirurgen nicht interessirten. Ich erinnere nur an die Bauchhöhle. Somit hat das Buch, welches diesen augenblicklichen Verhältnissen Rechnung trägt, seine entschiedene Berechtigung.“ Gegen diese Ansicht



des berühmten Chirurgen wird sich wohl kaum ein Einwurf geltend machen lassen. Bezüglich der Behandlung der chirurgisch-topographischen Lehre ist noch hervorzuheben, dass Verf. bei der schichtweisen Betrachtung der einzelnen Regionen des Körpers das Nebeneinander der Augenwahrnehmung soweit wie möglich wiederzugeben sucht, wobei eine Reihe von Bildern entsteht, die leichter zu einem Ganzen zusammenzufügen sind, und zwar im Wesentlichen jene Bilder, die dem Praktiker entgegentreten. Für die topographische Anatomie am Lebenden, welche jedem Abschnitt als ein eigenes Capitel angefügt ist, bilden das Sehen, das Palpiren, die Percussion, die Auscultation etc. ohne das Hilfsmittel des Aufschneidens die Forschungsmethoden. Es ist zu hoffen, dass die anatomischen Thatsachen, soweit sie am Lebenden zu constatiren sind, unserer studirenden Jugend bald geläufiger sein werden, als dies jetzt der Fall ist. Die sehr schön ausgeführten Illustrationen sind theils nach Präparaten des anatomischen Institutes in Göttingen gezeichnet, theils nach Präparaten, welche Verf. selbst an frischen Leichen zu machen Gelegenheit hatte. Ein sorgfältig ausgeführtes alphabetisches Sachregister unterstützt die rasche Benützung des Werkes, wie sie zur Orientirung von Operationen gewiss häufig erwünscht sein wird.

216. ***Die äussere Nase.*** *Eine anatomisch-anthropologische Studie von Dr.* ***Oscar Hovorka, Edler v. Zderas,*** *Prosector am k. k. anatomischen Institut zu Wien. Wien 1893, Alfred Hölder. gr. 8°. VIII, 154 Seiten.*

Das vorliegende Werk ist eine Frucht eingehender Studien des Verf. auf dem Gebiete der Anatomie und der Anthropologie. Durch eigene Forschungen und durch Benützung eines anatomischen Materiales, wie es der Secirsaal der Wiener Anatomie, das anatomische Museum daselbst und Gysabgüsse bieten, hat Verf. die Frage von den anatomischen Bedingungen der verschiedenen Nasenformen festzustellen versucht. Selbstverständlich bespricht derselbe eingehend die verschiedenen Methoden der Untersuchung der Nasenformen sowohl am Skelet als am Lebenden. Wie Verf. selbst in der Vorrede dankbar anerkennt, ist er bei seinen Untersuchungen vom Prof. *Zuckerkandl,* dem auf diesem Gebiete seit Jahren thätigen Forscher, mit Rath und That unterstützt worden. Verf. hat das Thema nach allen jenen Seiten, mit denen es Berührungspunkte darbietet, erschöpft, so dass darin nicht nur für den Anatomen und Anthropologen Belehrung, sondern auch für Künstler und gebildete Laien zahlreiche interessante Ausführungen sich vorfinden. Verf. behandelt sein Thema in folgenden Abtheilungen: Einleitung. (Linguistisches, Phraseologie, Gesten, Werth der Nase, Symbolik.) I. Anatomie der Nase, II. Morphologie der Nase, III. Anthropologie der Nase, IV. Pathologie der Nase. Die Illustrationen sind sorgfältig ausgeführt, der Raum beschränkt uns, specielle Proben aus dem Inhalte des hochinteressanten Werkes hier mitzutheilen. Doch möchten wir auf eine Stelle hinweisen, wo Verf. von der Veränderlichkeit der Nase desselben Individuums spricht. Hier bringt Verf. zur Illustration der leicht sichtbaren Veränderungen, welche auch der Tod an der Form der Nase bewirkt, die Gesichtsmaske und Todtenmaske *Beethoven's,* erstere aus dem Jahre 1812, letztere aus dem Jahre 1827 und schliesslich als Vervollständigung den Gypsabguss des Schädels desselben Tondichters, sämmtlich nach den im Wiener anatomischen Museum befindlichen Originalien. Die bei Betrachtung dieser Abbildungen den Beschauer erfassenden Eindrücke lassen die Schwierigkeit

ermessen, die Bedingungen dieser so eigenthümlich wirkenden Formen in exacte, mathematische Ausdrücke zu fassen. Die Ausstattung des Werkes ist eine sorgfältige. *Loebisch.*

Kleine Mittheilungen.

217. ***Aussergewöhnliche Wirkungen vom Gebrauche von Atropin und Homatropin bei Kindern.*** *Von Dr. **George Carpenter.** (The Lancet. — Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XVII, Heft 1 u. 2.)*

Verf. beobachtete an 4 Kindern mit Lues congenita im Alter von 2—7 Monaten nach der Einträufelung von einigen Tropfen einer 1%igen Atropin- oder Homatropinlösung in den Bindehautsack behufs besserer Untersuchung mit dem Augenspiegel eine auffallende Röthung des Gesichtes und Respirationsbeschwerden, während die Pupillen sich nur mässig erweiterten. Hintere Synechien oder sonstige mechanische Hindernisse für die Bewegungen der Iris waren nicht vorhanden.

218. ***Experimentelle Untersuchungen über Heredität.*** *Von **Charrin** und **Gley**. (Méd. moderne. 1893. 89. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 2.)*

Zum Beweis des Einflusses des Vaters für die erbliche Uebertragung von Eigenschaften theilen die Verff. folgenden Versuch mit: Von zwei zu paarenden Kaninchen wurde nur dem männlichen Thiere eine sterilisirte Cultur von Bacillus pyocyaneus einverleibt; die Jungen waren kleiner als normal und mit Knochendifformität behaftet; besonders bemerkenswerth aber war der Umstand, dass dieselben gegen nachträgliche Impfung mit Bacillus pyocyaneus immun waren. Nebenbei ergab sich, dass durch die Vermittlung des Fötus auch die Mutter immun geworden war.

219. ***Behandlung der Ischias nach Weir Mitchell:*** Bettruhe; blutige Schröpfköpfe; häufige Sinapismen. Bei heftigen Schmerzen: 0·015 bis 0·03 Cocaïn. muriat. subcutan. Eine leichte Ischias wird auf diese Weise rasch heilen. Für schwere Fälle empfiehlt Verf. Immobilisirung der Extremität durch Schienenverband bei leichter Flexionsstellung in Hüfte und Knie; die Binden müssen von der Fussspitze bis zur Hüfte angelegt werden. Wenn dem Kranken das Gehen erlaubt wird, so muss ihm doch das Sitzen noch einige Zeit verboten bleiben, da bei dieser Stellung die Schmerzen anfangs sehr leicht exacerbiren

(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 2.)

220. ***Zur Anwendung der subcutanen Injectionen von arseniger Säure.*** *Von **Saalfeld.** (Therap. Monatsh. 1893. October.)*

Nachdem Verf. die Beobachtung gemacht, dass nach subcutaner Injection einer 5%igen Lösung von arsenigsaurem Natron und von *Fowler's* Lösung Abscesse auftreten, selbst wenn man die genauesten antiseptischen Massnahmen anwendet, entschloss er sich, die Lösung vor ihrer Anwendung in einem Reagensglase zum Sieden zu erhitzen. Bei Anwendung dieser Vorsicht traten keine Abscesse nach der Injection mehr auf.

221. ***Kreosot und Sulfonal gegen den Keuchhusten.***

Creosoti 0·25,
Sulfonal. 0·2,
Syrupi de Tolu 150·0.

M D S. Kaffeelöffelweise alle 2 Stunden zu nehmen.

(Therap. Monatsh. 1893. November.)



wie auch als **Laxans,** oder wie alle salinischen Abführmittel, um die Flüssigkeitsmenge in den Geweben zu verringern, und genügen kleinere Dosen als bei anderen abführenden Wässern. Die Dosis variirt natürlich je nach der beabsichtigten Wirkung und der individuellen Beschaffenheit der Kranken. Ich füge hinzu, dass **seine Anwendung nicht die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen hervorruft.“**

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Baumgarten, Dr. med. P., o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen. Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoën. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben. VIII. Jahrgang, 1892. I. Abtheilung. Braunschweig, Harald Bruhn, 1893.

Eiselsberg, Dr. Anton Freiherr v. Ueber die äusseren Bedingungen und die socialen Indicationen für chirurgische Operationen. Rede, vorgetragen beim Antritte der ordentlichen Professur für Chirurgie an der Reichs-Universität zu Utrecht am 2. October 1893. Wien, Wilhelm Braumüller; Utrecht, C. H. E. Breijer, 1893.

v. Esmarch, Dr. Fr., Professor der Chirurgie in Kiel, und *Kowalzig, Dr. E.,* vorm. I. Assistent der chirurg. Klinik. Handbuch der kriegschirurgischen Technik. Gekrönte Preisschrift von Dr. Friedrich v. Esmarch, Professor der Chirurgie in Kiel. Vierte Auflage, durchgehends neu bearbeitet, vermehrt und verbessert. II. Band. Operationslehre. Kiel und Leipzig, Lipsius und Fischer, 1894.

Forel, Prof. Dr. A., Director der Irrenanstalt Burghölzli zu Zürich. Die Heilung der Stuhlverstopfung durch Suggestion. Eine praktische und theoretische Studie. Berlin, Hermann Brieger, 1894.

Fritsch, Prof. Dr. Heinrich, geheimer Medicinalrath, Director der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau. Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 1891—1892. Mit 13 Abbildungen in Holzschnitt. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1893.

Hildebrand, Dr. Otto, Privatdocent der Chirurgie in Göttingen. Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie mit Einschluss der Untersuchungen am Lebenden für Aerzte und Studirende. Mit einem Vorwort von *Dr. Franz König,* ord. Professor der Chirurgie, geh. Medicinalrath, Director der chirurgischen Klinik in Göttingen. 92, theils mehrfarbige Abbildungen im Text. Wiesbaden, Verlag von J. H. Bergmann, 1894.

Leukart, Dr. Rudolf, o. ö. Professor der Zoologie und Zootomie an der Universität Leipzig. Die Parasiten des Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten. Ein Hand- und Lehrbuch für Naturforscher und Aerzte. I. Band. 5. Lieferung. Mit 115 Holzschnitten. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig, C. F. Winter'sche Verlagshandlung, 1894.

Marmorek, Dr. Alexander, Operateur der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Prof. *Chrobak* in Wien. Versuch einer Theorie der septischen Krankheiten, auf Grund experimenteller Untersuchungen. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1894.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

222. *Therapie der Schlaffheit des Kniegelenkes.*

*Von Privatdocent Dr. **Leser**, Halle.*

(Berliner Klinik. 1894. Januar.)

Im Heft 67 der „Berliner Klinik“ behandelt Dr. *Leser* auf Grund seiner Erfahrungen bei Unfallverletzten die praktisch wichtige Frage der „Schlaffheit des Gelenkapparates, insbesondere der Gelenke der unteren Extremität (Kniegelenk)“. Nachdem Verf. die Aetiologie dieses Leidens — Distorsion, Contusion, Zerreissungen des Band- und Kapselapparates, Atrophie oder Lähmung der Musculatur, andauernde extendirende Belastung — ferner die Symptomatik und Diagnose desselben erörtert hat, schildert derselbe auf Grund eigener Erfahrungen die Behandlung der Kapselschlaffheit. Er bezeichnet als unzweifelhaft beste und erfolgreichste Behandlung der Erschlaffung des Gelenkapparates den physiologischen Forderungen entsprechenden activen Gebrauch des kranken Gelenks, vorausgesetzt: man sorgt dafür, dass die Stellung des Gelenkes in normaler Lage garantirt ist und jede, auch noch so minimale Veränderung der Gelenkstellung nach den Seiten hin mit Sicherheit vermieden wird. Diese Behandlung ist ebensowohl zuverlässig für solche Verletzte, bei welchen man eine spätere Gelenkerschlaffung verhüten will, als auch für diejenigen, bei welchen bereits die Symptome der Erschlaffung ausgebildet sind.

Nach mehrfachen Versuchen construirte Verf. zu diesem Zwecke für das Kniegelenk folgenden Schienenapparat. Er besteht aus je einer festen Lederhülse für Ober- und Unterschenkel, welche etwa $^1/_3$—$^2/_3$ des Ober-, beziehungsweise Unterschenkels umfasst, in der Mitte vorne auseinanderklaffend, mit einer Lasche und einfacher Hakenvorrichtung zum schnellen Festschliessen mittelst einer Schnur versehen ist, ganz wie beim Gypscorset üblich; diese Lederhülsen sind miteinander durch zwei aussen und innen haltbar in ihnen befestigte kurze Eisenschienen verbunden, welche entsprechend dem Kniegelenkspalt durch einfaches Charniergelenk beweglich unterbrochen sind; letzteres bewegt sich auf das Leichteste und hemmt von selbst die Streckbewegung bei etwa 170—175°. Ist der Verband angelegt, so muss die Gelenkverbindung der Schienen genau in gleicher Höhe mit dem Kniegelenkspalt liegen. Um die Schienen in dieser Lage zu sichern, wird die Oberschenkelhülse durch ein Bandalier, welches über die

gesunde Schulter geht und mittelst Schnallen stellbar ist, festgehalten. In den Fällen, da bereits beginnende Deviation im Sinne der Abduction oder Adduction des Unterschenkels zu erkennen ist, kann man an die Schiene auf das Leichteste eine corrigirend wirkende, elastische seitliche Kniekappe anknüpfen. In solchem Verbande lässt man die betreffenden Verletzten von Anfang an sich bewegen; es muss streng darauf gehalten werden, dass der Mann keinen Schritt ohne Schiene thut. Hat er sich nach einigen Tagen daran gewöhnt, so ist man erstaunt, wie rasch derselbe lernt, sicher aufzutreten und zu gehen. Die Schmerzen hören oft unmittelbar nach Application des Schienenverbandes auf; die Kranken geben aus freien Stücken an, dass sie das Gefühl der Unsicherheit verloren haben, dass sie nicht mehr seitlich umzuknicken fürchten. Diese Wirkungen sind auch a priori zu erwarten, denn der Verband hindert das Kniegelenk ohne Weiteres an jeder abnormen seitlichen Bewegung, und da die Schmerzen, unter welchen diese Leute mit erschlafftem Kniegelenkapparat leiden, offenbar zum grösseren Theile durch die ununterbrochenen Zerrungen verursacht sind, welchen ein solches Gelenk beim Aufrechtgehen unterworfen ist, so ist auch erklärlich, dass fast ganz regelmässig sehr bald auch diese sich völlig verlieren. Verf. verzeichnet 24 Fälle, da derartige Kranke, welche unter den Schmerzen, der Unsicherheit des Gelenkes schwer, Monate und Jahre lang gelitten hatten und mehr oder weniger arbeitsunfähig waren, kurze Zeit, nachdem sie die Schiene getragen, um ihre Entlassung aus der Behandlung nachsuchten, da sie sich wieder im Stande glaubten, ihr verletzt gewesenes Bein zur Arbeit zu gebrauchen.

Nach diesen Beobachtungen machte sich Verf. zur Regel, jedem Verletzten, bei dem in der Folgezeit die Ausbildung abnormer Gelenkschlaffheit zu befürchten stand, eine derartige Schiene anzulegen. Bei keinem von 32 Verletzten, welche derartig prophylaktisch behandelt sind und welche die verschiedenartigsten Traumen — intraarticuläre Fracturen, Distorsionen und Contusionen, Bänderzerreissungen mit oder ohne pungirten Hämarthros — betreffen, war in der Folgezeit ein schlaffes oder wackliges Gelenk zu beklagen.

Um aber festzustellen, ob und inwieweit der überraschenden subjectiven Besserung auch eine thatsächliche objectiv nachweisbare Besserung folgt, hat Verf. 3 Kranke, welche mit abnorm erschlafften Kniegelenken verschiedenen Grades und verschiedener Aetiologie zur Behandlung kamen, Monate lang in der Anstalt in Beobachtung gehalten, weil ihm daran lag, die Sicherheit zu haben, dass die Patienten auch wirklich ununterbrochen die Schiene trugen, keinen Schritt ohne dieselbe thaten.

Von diesen im Originale mitgetheilten Fällen sei hier Fall 3 erwähnt. Es handelte sich um einen Kranken, welcher durch directe Gewalt eine schwere Contusion des rechten Kniegelenks mit querer Zerreissung des inneren Gelenkbandes erlitten hatte; er wurde Monate lang mit Bindeneinwickelungen, Ruhe, Jodpinselungen etc. tractirt, und als er zu Verf. kam, wies er die deutlichsten Symptome einer sehr starken Bänderdehnung an der



inneren Gelenkseite auf; bei Aufrechtstehen und Gehen stellt sich der rechte Unterschenkel in Abduction, also beginnende Deviation im Sinne des Genu valgum; diesem wird sofort eine Knieschiene mit seitlicher Kniekappe, welche anhaltend das Oberschenkelgelenkende nach aussen zieht, angelegt. In Bezug auf die subjective Besserung ist dieser Fall einer der überraschendsten Erfolge; der Mensch, welcher sich mühsam auf 2 Stöcken fortschleppte, konnte bereits 14 Tage, nachdem er die Schiene erhalten, schmerzlos und bei kaum bemerkbarem Hinken mit 1 Stock gehen; 3 Monate später ist die Gebrauchsfähigkeit des Beines so erhöht, dass Patient stundenlang ohne Beschwerden geht; die Valgusstellung ist geringer geworden, dementsprechend auch die abnorme seitliche Bewegungsfähigkeit; nach $4^1/_2$ Monaten wird er zur Arbeit entlassen. Verf. hat denselben 14 Monate nach seiner ersten Vorstellung untersucht und feststellen können, dass nicht nur die Deviation durchaus beseitigt ist, sondern auch die abnormen seitlichen Bewegungen nur noch in geringfügigsten Grenzen möglich sind.

Verf. erklärt diese Erfolge durch die entweder in frischen Fällen durchaus verhinderte oder die in den älteren Fällen durch die rege, anfangs systematisch gesteigerte Thätigkeit gebesserte, beziehungsweise geheilte Muskelatrophie. Ist ja fast ausnahmslos die Gelenkschlaffheit mit Muskelatrophie combinirt, in einzelnen Fällen bildete letztere den Hauptgrund bei der Entstehung derselben. Wird also die Muskelatrophie überhaupt vermieden oder wieder gehoben, so ist dadurch eine Besserung der Erkrankung zum Mindesten vorbereitet. — Ferner aber ist bei dieser Behandlung, vorausgesetzt, sie wird exact und streng durchgeführt, die Möglichkeit sich wiederholender Zerrungen und Dehnungen ausgeschlossen; die abnorm gedehnte Kapsel mit ihren Bändern wird ununterbrochen in normaler Lage, d. h. der abnorm verlängerte Kapselabschnitt in möglichster Verkürzung gehalten, und unter dem wieder ermöglichten Gebrauch des Gelenkapparates bildet sich die abnorme Verlängerung allmälig zurück; die zu lange Kapsel wird niemals mehr in Anspruch genommen, und wie wir im Organismus den umgekehrten Vorgang sich hundertmal wiederholen sehen, d. h. die anatomische, ja sogar physiologische Anpassung der Gewebe an eine erzwungene veränderte oder gar abnorme Function, ohne dass uns derselbe als Räthsel erscheint, so hält es Verf. wohl nicht allzu gewagt, wenn er die allmälige Verkürzung der abnorm verlängerten Gelenkkapsel und Bänder darauf zurückführt, dass in Folge der beschriebenen Behandlungsweise niemals mehr das verlängerte Kapselband in Anspruch genommen wird, im Gegentheil sich das Gelenk andauernd nur in seinen normalen Bahnen bewegt. —r.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

223. ***Drei Fälle von linksseitiger Appendicitis.*** *Von George Ryerson Fowler, M. D. (Med. News. Nr. 1089.)*

Unter 140 operirten Fällen von Appendicitis beobachtete Verf. drei wegen abnormer Lage des Cöcum vorher nicht dia-



gnosticirter Fälle von linksseitiger Appendicitis: Der 1. Fall betraf eine 25jährige Frau, die des Nachts plötzlich unter kolikartigen Schmerzen im Unterleib erkrankte. Man verordnete ein Opium. Auf die Schmerzen folgte Nausea und Erbrechen. Der Puls der Patientin zählte 80 Schläge, die Temperatur 100° F. An der linken Bauchseite tastete man eine leichte Resistenz. Man fasste den Fall als eine intestinale Kolik auf und machte Morphiuminjectionen. Nach 48 Stunden trat ein Collaps ein. Vorher bestanden nur Schmerzen im linken Hypochondrium, bis plötzlich nach dem Harnlassen die Schmerzen diffus wurden, namentlich an der linken Seite des Nabels; der Puls wurde klein und äusserst frequent. Sieben Stunden später starb Patientin, ohne sich vorher noch erholt zu haben. Bei der Obduction fand man einen perforirten linkssitzenden Appendix. Ein Fremdkörper war nicht vorhanden. Eine beträchtliche Menge einer serös-eiterigen Flüssigkeit und etwas Fäcalmasse fand man in der Peritonealhöhle. Der zweite Fall betraf einen 19jährigen jungen Mann, der sieben Tage vor seiner Spitalsaufnahme plötzlich unter Erbrechen und sehr starken Schmerzen im Unterleibe erkrankte. Fünf Tage nach der Erkrankung wurde ein Tumor in der Nähe des linken Musc. rect. abd. constatirt. Es wurden Laxantien verabfolgt. Die Schmerzen wurden heftiger, der Patient hinfällig. Man schritt im Hospitale sofort zur Operation und fand eine septische acute Peritonitis. Das Cöcum lag auf der linken Seite. Man dachte nicht mehr an die Entfernung des Appendix. Der Tod trat kurz nach Beendigung der Operation ein. Man fand bei der Obduction einen perforirten, gangränösen Appendix. Ein Fremdkörper wurde nicht gefunden. Der dritte Fall betrifft einen 16jährigen Jungen. Der Junge entfernte sich aus dem elterlichen Hause und schlief länger als eine Woche in einem Stalle. Hier erkrankte er plötzlich und kehrte mit starken Unterleibsschmerzen in's Haus zurück. Nausea und Erbrechen folgten den Schmerzen. Der Unterleib war beträchtlich aufgetrieben, und zwar mehr auf der linken Seite. Es bestand eine Resistenz in der Nähe des linken Musc. rect. abd. unterhalb des Nabels und Dämpfung an derselben Stelle, desgleichen eine starke Druckschmerzhaftigkeit. Die Temperatur 104° F., der Puls 124. Man schritt zur Laparotomie, da eine linksseitige Appendicitis diagnosticirt wurde. Man fand bei der Laparotomie in der Peritonealhöhle eine grosse Menge einer serös-eiterigen Flüssigkeit. An Stelle der constatirten Dämpfung fand man eine grosse Eiterhöhle. Man entleerte den Eiter. Das Caput coli und das Cöcum waren nach links gedreht und eingebettet in Adhäsionen, welche die Abscesswände bildeten. Man irrigirte die Abscesshöhle, tamponirte mit Zinkoxydgaze und schloss die Wunde mit Nähten. Der Patient starb am dritten Tage. Man fand bei der Obduction wieder einen gangränösen und perforirten Appendix. Das Colon ascendens und das Cöcum lagen links von der Medianlinie.

Dr. *Oestreicher,* Carlsbad.

224. ***Die eiterige Leberentzündung mit einem Berichte über 30 in North Carolina gesammelte Fälle.*** *Von Gibbon. (North Carolina med. Journ. 1893. September. — The. med. Chronicle. 1893. December.)*

Leberabscesse kommen meist in den Tropen, besonders unter Europäern vor. Die grosse Hitze ist nicht allein die Ursache derselben, denn sie kommen viel weniger in West- als in Ostindien vor. Sie sind selten in Singapore und Australien. Im Winter häufen sich die Fälle. In den Vereinigten Staaten sieht man sie selten. Malaria übt keinen Einfluss auf die Entstehung aus. Unmässigkeit ist eine hauptsächliche Ursache, bei Männern häufiger vorkommend, bei Kindern nach Traumen und bei Vorhandensein von Würmern. Nach *Dabnay* sollen Mikroorganismen die Abscesse verursachen, nach *Osler* ist es die Amoeba coli; *Frerichs* glaubt dagegen, dass die Infection aus dem Pfortaderkreislaufe stamme. Die Dysenterie wird auch als Ursache angenommen. Unter 300 letal verlaufenden Fällen von *Waring* hatten nur 27% Zeichen der Dysenterie. *Moortead* sah 50 Fälle von Dysenterie ohne Leberabscess und 21 Leberabscesse ohne Dysenterie. *Niemeyer* und *Finger* berichten über 300 Fälle von Dysenterie ohne Leberabscess. Dagegen berichtet *Annesley* über 29 Fälle von Leberabscess, von welchen 21 mit Dysenterie complicirt waren. Andere Ursachen des Leberabscesses sind: Eiterung in der Gegend der Gallengänge, die Gallensteine oder Retentionsgalle enthalten, bei Kindern Anwesenheit von Würmern in den Gallengängen, Traumen, wie Contusionen, Rippenfracturen oder penetrirende Wunden. Bei den Tropenabscessen sind Traumen sehr selten die Ursache derselben. Der rechte Leberlappen ist gewöhnlich der Sitz der Entzündung, beide selten, noch seltener der linke Lappen allein. Abscesse, die eine pyogene Membran besitzen, enthalten nur dicken Eiter, die anderen mit Galle und Blut untermischten Eiter. Leberzellen lassen sich häufig mikroskopisch nachweisen. Häufig findet man die Amoeba coli, in einigen Fällen ganz sterilen Eiter. Der Inhalt des Abscesses kann sich resorbiren oder er kann zunehmen; dann kommt es auch zum Durchbruch, meist in die rechte Thoraxhöhle, oder in den Darm, nach Aussen, in die Nierenbecken, in's Pericard u. s. w. Symptome können bis zum Momente des Durchbruches ganz fehlen, meist besteht Fieber und Anschwellung in der Lebergegend. Andauerndes Erbrechen und Diarrhöe können bei sonst fehlenden Symptomen zur Diagnose führen. Eine schmerzhafte Vergrösserung der Leber ist das bedeutendste Symptom. Die leichtesten Fälle heilen in 6—8 Wochen aus. Wenn ein Durchbruch in die Lungen stattfindet, genesen etwa die Hälfte der Fälle. Nach der Ruptur kann vollständige Genesung eintreten oder es bleibt eine Verkrümmung oder Fistel zurück. Der Tod tritt gewöhnlich nach zwei- oder dreijähriger Dauer durch Erschöpfung ein. Die Diagnose ist oft sehr schwer und häufig nur per exclusionem zu stellen. Verf. empfiehlt die Probepunction mit einer feinen Nadel. Der Eiter muss auf Leberzellen, Amöben, Hydatiden u. s. w. untersucht werden. Ein Abscess kann vorhanden sein, auch wenn mit der Probenadel kein Eiter entleert wird. Die Behandlung ist vorzüglich eine



operative. Es gibt da zwei Methoden: 1. Die Aspiration. Eine wiederholte Aspiration des Eiters hat in vielen Fällen zum Ziele geführt. Sie wurde auch geübt als Voroperation der Incision, um Adhäsionen zu erzeugen. 2. Die Incision und Drainage. Vor Eröffnung des Abscesses suche man Adhäsionen zu bilden. Dies macht man entweder mit dem Thermocauter oder indem man die Leber exponirt und die Bauchwunde mit Jodoformgaze verbindet. Am dritten Tage wird dann der Eiter entleert.

Dr. *Oestreicher,* Carlsbad.

225. ***Ueber Prognose der Klappenfehler des Herzens in Bezug auf Heirat.*** *Von Dr. Vinay. (Semaine méd. 1893. 69. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 8.)*

Die Frage, ob junge Mädchen mit Herzklappenfehlern heiraten dürfen, respective welchen Gefahren sie sich durch die Ehe aussetzen, ist schon mehrfach von Klinikern erörtert worden. Vor allen Dingen kommen die Schwangerschaft und die Entbindung in Betracht. Einige Kliniker, wie *Peter*, betrachten diese als so verhängnissvoll für die Patientinnen, dass sie geradezu die Ehe unter derartigen Umständen verbieten. Durch die Untersuchungen, welche Verf. angestellt, werden die Anschauungen *Peter's* als zu weitgehend hingestellt. Auf Grund seiner an der Entbindungsanstalt zu Lyon angestellten Beobachtungen kam Verf. zu dem Resultat, dass die Schwangerschaft insbesondere für Herzleidende weit weniger gefährlich sei, als man bisher angenommen hat. Er untersuchte in den Jahren 1891/92 alle Frauen, welche behufs Entbindung in die Entbindungsanstalt aufgenommen waren (1700 Frauen). Bei 29, d. h. 1·7%, constatirte er ernstere Herzleiden; gewöhnlich handelte es sich um Mitralstenosen (11mal, 7mal zusammen mit einer Insufficienz der Mitralis und 1mal gleichzeitig mit einer Aorteninsufficienz). Die Schwangerschaft verlief unter diesen 29 Fällen 18mal vollkommen normal, 3mal wurden Complicationen beobachtet, die aber nicht auf das Herzleiden zurückzuführen sind (2 Fälle von Influenza und 1 Melancholie); 4mal kam es zu Oedemen der unteren Extremitäten, allerdings bei Frauen, die schon vorher an Varicen gelitten hatten. Nur bei 4 Frauen constatirte man einen wirklichen Einfluss der Schwangerschaft auf das Herzleiden. Bei einer kam es zu Blutspeien und Anfällen von Athemnoth; eine andere bot Anasarca an verschiedenen Partien des Körpers dar. Bei zwei Patientinnen handelte es sich um Zwillingsschwangerschaften, sie litten an Dyspnoe und Schwellung sämmtlicher Extremitäten. Die Schwangerschaft wurde indessen normal beendet. Vorzeitige Entbindung erfolgte nur in 5 Fällen. Es ist ferner zu bemerken, dass nur bei 2 Patientinnen Eiweiss im Harn gefunden wurde, alle anderen boten keinerlei Spuren von Albuminurie dar. Der praktische Schluss, den man aus den vom Verf. beobachteten Daten ziehen kann, ist der, dass bei jungen Mädchen und herzkranken Frauen die Ehe und Mutterschaft, je nach dem individuellen Verhältnisse eines jeden Falles, einigen Patientinnen gestattet, anderen verboten werden müssen. Ohne alle Beschränkung wird man sie gestatten können, wenn gut compensirte Herzfehler vorliegen, sei es nun, dass es sich um eine Mitralstenose oder um Aorteninsufficienz handelt, ferner in allen

den Fällen, in welchen keine Albuminurie existirt und wo in keiner Periode der Herzkrankheit Attaken von Asystolie beobachtet wurden. Sind dagegen bereits Anfälle von Compensationsstörung beobachtet worden oder bestehen Anfälle von Asystolie, Lungencongestion, Hämoptysis und besonders Albuminurie, so kann man als höchst wahrscheinlich voraussehen, dass sowohl die Schwangerschaft als auch die Zukunft des Kindes grossen Gefahren ausgesetzt ist, und man wird daher gut thun, in diesem Falle Ehe und Mutterschaft zu verbieten.

226. ***Die Bedeutung der Acetonurie für die Diagnose des Diabetes.*** *Von Dr. **F. Hirschfeld.** (Deutsche med. Wochenschrift. 1893. 38. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 12.)*

Auf Grund eingehender Versuche kommt Verf. zu dem Schlusse, dass bei ausschliesslicher Eiweiss- und Fettnahrung Aceton im Harn erscheint, während der Genuss von Kohlehydraten die Bildung desselben verhindert, respective das bereits gebildete zerstört. Verf. weist ferner an 6 Fällen von Diabetes nach, dass mit zunehmender Acetonurie auch der Kräfteverfall des Kranken fortschreitet, und dass die Gefahr des Eintritts eines Coma diabeticum näher gerückt ist. Es muss deshalb Diabetikern mit hoher Acetonausscheidung der mässige Genuss von Kohlehydraten gestattet werden. Ist Gefahr vorhanden, so verabreicht man 100 bis 150 Grm. Glycerin (in Kaffee oder Thee), welches stark acetonzerstörend wirkt, wenn es auch zur Zuckerbildung beiträgt. Die bei Fieber, Carcinose und Magenkrankheiten öfters auftretende Acetonurie ist ohne pathologische Bedeutung, beruht auf einer an Kohlehydraten armen Ernährung und ist durch eine geeignete Diät zum Verschwinden zu bringen.

227. ***Der Galopprhythmus des rechten Herzens.*** *Von **Barié**. (Méd. moderne. 1893. 58. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 5.)*

Der Galopprhythmus des rechten Herzens wird bei gewissen Affectionen des Magens, der Leber und der Eingeweide beobachtet. So treten nach Dyspepsien oder bei Cholelithiasis mitunter sehr schwere cardio-pulmonäre Erscheinungen auf. Die Kranken bieten die Zeichen der höchsten Dyspnoe dar, sie zeigen geradezu Lufthunger, während die physikalische Untersuchung der Lungen einen völlig negativen Befund liefert. Die spirometrischen Untersuchungen zeigen, dass ein für den Organismus völlig ausreichendes Luftquantum in die Luftwege eindringt. Eigentliche Veränderungen findet man in diesem Zustande nur am Herzen, dessen rechte Hälfte die Zeichen von Dilatation aufweist. Auscultatorisch besteht eine sehr manifeste Verstärkung des zweiten Pulmonaltones als Zeichen einer erhöhten arteriellen Tension im Bereiche der Pulmonalis, mitunter ein Geräusch, welches auf eine relative Tricuspidalinsufficienz bezogen werden kann, und Galopprhythmus des rechten Herzens. Letzterer kann auch mittelst der Palpation wahrgenommen werden, indem die auf die Präcordialgegend aufgelegte Hand eine leichte Undulation, ja sogar einen der Systole vorangehenden Schlag verspürt. Bei der Auscultation hört man neben den zwei normalen Tönen ein schwaches, dem ersten normalen Tone vorausgehendes Geräusch. Daraus resultirt der specielle Rhythmus, der sich aus zwei kurzen und einem langen Momente

zusammensetzt. Man unterscheidet ihn von dem Galopprhythmus des linken Herzens durch mehrere wichtige Charaktere: zuerst durch den Sitz des Geräusches. Gehört dasselbe dem linken Herzen an, so vernimmt man es am deutlichsten in einer Region, welche begrenzt ist durch die Herzspitze, den linken Sternalrand und den zweiten linken Intercostalraum; der zweite Aortenton ist sodann deutlich verstärkt. Im Gegensatze hierzu ist bei Galopprhythmus des rechten Herzens das Geräusch am besten am unteren Theile des Sternums und im Epigastrium zu hören; es geht — wie oben bemerkt — mit einer Verstärkung des zweiten Pulmonaltones einher. Der Puls ist im ersteren Falle hart, voll, gespannt, im letzteren schwach und leicht unterdrückbar. Der Galopprhythmus des rechten Herzens ist kein besonders häufiges Vorkommniss. Die Reihenfolge der Ereignisse, welche zu dessen Auftreten führen, ist folgende: 1. Beginn mit Verdauungsstörungen. 2. Als directe Folgeerscheinung Symptome von Seiten des Respirationstractes (Dyspnoe, Druck-, Erstickungsgefühle). 3. Abhängig von den Athmungsbeschwerden Erweiterung, später Hypertrophie des Herzens, zuletzt Galopprhythmus.

Neuere Arzneimittel.

228. ***Das Resorbin und seine Verwendung als Salbengrundlage.*** *Von Dr. Ledermann. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 92.)*

Das Resorbin ist eine neue Salbengrundlage, welcher die Eigenschaft zukommt, ohne besonders kräftige Einreibung nur durch seine physikalischen Eigenschaften einen nennenswerthen Fettgehalt in der Epidermis zu deponiren und nur eine geringe, für den Luftabschluss hinreichende Fetthülle auf der Epidermis zurückzulassen. Dieser Zweck wird durch die physikalische Zerkleinerung der Fette erreicht, wie sie die Fettemulsion darstellt. Das Resorbin wird nach einem patentirten Verfahren aus reinstem Mandelöl, wenig Wachs, durch Emulgiren mit Wasser unter Zuhilfenahme eines geringen Procentsatzes von zu diesem Zwecke geeigneten, unschädlichen Bindemitteln (Leimlösung, Seifenlösung) dargestellt. Die Salbe ist mit allen vegetabilischen, mineralischen und thierischen Fetten mischbar und kann durch Zusatz solcher Stoffe jede beliebige Consistenz erhalten. Insbesondere hat sich der Zusatz geringer Mengen von Lanolin bewährt. Das Resorbin zeichnet sich durch eine ausserordentliche Penetrationskraft für die Oberhaut aus. Verf. empfiehlt das Resorbin 1. für alle Dermatosen, bei welchen man einen möglichst grossen Fettüberschuss der Haut zu incorporiren wünscht (Hyper- und Parakeratosen, Ichthyosis, verschiedene Formen der Pityriasis, Psoriasis, schuppende Formen des Eczems, Scleroderma); 2. für die Einführung von Medicamenten (Chrysarobin, Theer, Naphthol etc.) in die Haut; 3. für die Einfuhr von Medicamenten durch die Haut in den Körper (ein der grauen Salbe nachgebildetes $33^1/_3$%iges Quecksilberresorbin hat sich bei der Behandlung der Syphilis bewährt). Die Resorbinsalbe wird wie jede andere Salbe verschrieben, z. B. Acid. salicyl. 5·0, Resorbin



100·0, M. f. u. zur Entfernung von Schuppen; oder Zinc. oxyd. albi 30·0, Resorbin 70·0, M. f. u. bei Ecz. papulosum, Intertrigo.
Loebisch.

229. ***Anwendung des Natriumsuperoxydes in der Zahnheilkunde.*** *Aus E. Merck's Bericht, herausgegeben im Januar 1894.*

Das Natrium hyperoxydatum, Na_2O_2, ist ein weisses Pulver, das sich in Wasser leicht löst, wobei Zerlegung in Wasserstoffsuperoxyd und Natriumhydroxyd stattfindet. Die Lösungen des Natriumperoxyd entfalten in Folge des nascirenden Sauerstoffes eine ausserordentlich starke Bleichwirkung, wozu noch die lösende Wirkung des nebenher gebildeten Natriumhydroxyd auf Fett und organische Körper tritt. Dieses Präparat wird daher von amerikanischen Zahnärzten besonders zum Bleichen pulpenloser Zähne und zum Desinficiren von Wurzelcanälen benutzt. Nach Zahnarzt *H. Thieme* in Augsburg gelangen 40—50%ige wässerige Lösungen zur Anwendung, und zwar muss vor der Application stets Cofferdam eingelegt werden. Zum Bleichen verfärbter Zähne mit abgestorbener Pulpa wird die Lösung auf einem Bäuschchen Asbestwolle in die Zahnhöhle gebracht; die bleichende Wirkung tritt sehr schnell ein und soll bestehen bleiben, weil der die Verfärbung bedingende, in den feinen Zahnbeincanälchen sitzende Detritus und die organischen Stoffe nicht nur durch den nascirenden Sauerstoff entfärbt, sondern durch das Mittel zugleich gelöst werden. Nachdem die Lösung ein paar Minuten eingewirkt hat, soll man eine Spur verdünnter Chlorwasserstoffsäure zusetzen, damit durch das entstehende Wasserstoffsuperoxyd die gelösten organischen Stoffe ausgetrieben werden. Eine noch ausgedehntere Anwendung dürfte das Mittel bei der Desinfection von verjauchten Wurzelcanälen finden, indem man hierdurch die oft so schwierige Beseitigung der abgestorbenen Zahnpulpa und organischer Reste leichter zu erzielen vermag, als mit den bisher gebräuchlichen Antisepticis. Um das stark ätzende Product handlicher zu gestalten, hat *Merck* es in kleine Packungen à 100 Grm. eingetheilt. *—sch.*

230. ***Ueber den Einfluss des Ichthyols auf den Stoffwechsel.*** *Von Dr. O. Helmers. (Virchow's Archiv. Bd. CXXXV. Heft 1.)*

Trotzdem die Beobachtungen *Zuelzer's* über die im Titel genannte Frage sehr günstig für das Mittel lauten, indem sie eine verminderte Ausscheidung von Stickstoff und Phosphaten nach seinem Gebrauch ergeben, hielt es Verf. namentlich, weil in den Versuchen *Zuelzer's* der Einfluss von Variationen der Nahrungszufuhr nicht ganz ausgeschlossen erscheint, nicht für überflüssig, den Einfluss des Ichthyols auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen noch einmal mit allen Cautelen an sich selber zu prüfen. Er benützte die Versuche zugleich zu Ermittlungen über das Schicksal des Ichthyol im Organismus, indem er durch tägliche Bestimmung des Schwefels im Harn und Koth die Ausscheidung des genossenen Ichthyols quantitativ verfolgte. Die Ergebnisse der im Laboratorium von *Zuntz* ausgeführten, im Original ausführlich mitgetheilten Versuche lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1. Das Ichthyol beeinflusst die Umsetzung des Eiweisses im menschlichen Körper nur in geringem Masse; soweit eine Wirkung nachweisbar ist,

wird der Zerfall eingeschränkt, die Assimilation begünstigt. 2. Reichlich ein Drittel des dem Ichthyol zugeführten Schwefels circulirt in den Säften und wird schliesslich durch den Koth ausgeschieden. 3. Der durch den Koth ausgeschiedene Antheil hat anscheinend auch zum Theil im Körper circulirt und ist erst nachträglich durch die Darmdrüsen wieder ausgeschieden worden. *O. R.*

231. ***Das Antipyrin als locales Anästheticum bei Larynxtuberculose.*** *Von* ***P. Awranow.*** *(Med. russ. 1893. 36. — St. Petersburger med. Wochenschr. Beilage 8.)*

Auf Grund der warmen Empfehlung des Mittels durch *Neumann* wandte Verf. in einem Falle von Larynxtuberculose (tuberculöse Infiltrate an der Epiglottis und den Arytänoidknorpeln) Insufflation von Antipyrin und Amylum ana part. aeq. an. Der Erfolg war ein eclatanter, die Schmerzen schwanden in kürzester Zeit; dabei war die Analgesie viel anhaltender, als bei der Anwendung des Cocains und Morphiums.

232. ***Guajacol und Kreosot als antipyretische Mittel.*** *Von* ***O. Maibaum.*** *(Medicyna. 1893. 39. — Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 8.)*

Die Untersuchungen wurden an der *Wassiljew*'schen Klinik zu Dorpat ausgeführt. Sie ergaben, dass beide Mittel, epidermal bei Fiebernden angewandt, kräftige antipyretische Wirkungen entfalten, und zwar nicht nur bei der Tuberculose, sondern auch bei anderen acuten Infectionskrankheiten. Zur Einreibung wurden 1—2 Grm. verbraucht. Bei Abdominaltyphus wurde zuweilen ein Absinken der Temperatur von 39·5 auf 37·0 beobachtet, dabei trat auch regelmässig eine Besserung des Allgemeinzustandes ein. Das Sinken der Temperatur war um so energischer, je besser die eingefettete Partie bedeckt wurde. Versuche mit Inhalation von 1·0—2·0 Guajacol oder Kreosot ergaben, dass die Temperatur auf diese Weise zwar zum Sinken gebracht werden kann, jedoch nur in sehr geringem Grade. Es muss deshalb bei der cutanen Wirkung dieser Mittel vor Allem das periphere Nervensystem beeinflusst werden.

233. ***Ueber den therapeutischen Werth der Kohlenwasserstoffe, besonders des „Vasogen Klever"; mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung bei der Behandlung der Respirationsorgane, namentlich der Tuberculose.*** *Von Dr.* ***Bayer,*** *Brüssel. (Journ. of laryng. Vol. VII. 10. — Centralbl. f. Chir. 1894. 3.)*

Als besonderer Vorzug dieses neuen Präparates, welches einen mit Sauerstoff imprägnirten Kohlenwasserstoff darstellt, erscheint seine grosse Diffusibilität, welche es als Excipiens für endermatische oder subcutane Application von Medicamenten besonders geeignet macht. Mit Kreosotvasogen will Verf. bei Phthisikern, welche keine andere Anwendung des Kreosots vertrugen, durch endermatische Application sehr günstige Veränderungen in Lunge und Kehlkopf erzielt haben. Für die Wundbehandlung empfiehlt er dringend 5%iges Jodoformvasogen, wobei er dem Vasogen selbst hervorragende antimycotische Eigenschaften zuschreibt. So sehr es den Eindruck macht, als handle es sich um ein neues „Universalmittel", so erscheinen doch Versuche mit äusserlicher Anwendung angezeigt.



234. ***Ueber Mikrocidin bei Nasen-, Ohren- und Kehlkopfkrankheiten.*** *Von **Coccolino.** (Semaine méd. 1893. 57. — Allg. med. Central-Ztg. 1893.)*

Nach Verf. ist das Mikrocidin (naphtholsaures Natrium) ein ausgezeichnetes Mittel für die Behandlung acuter und chronischer Ohreiterungen, verschiedener Formen der Rhinitis, der Ozaena und der Amygdalitis. Für das Ohr bedient sich Verf. 3—4‰iger, für Nase und Kehlkopf 1‰iger Lösungen. Bei Ozaena hat er mit grossem Erfolg folgende Salbe angewandt:

Rp. *Mikrocidini 0·1,*
Cocain. muriatic. 0·15,
Vaselin. 30·0.
D. S. Aeusserlich.

235. ***Ueber den methodischen Salolgebrauch bei Phthisis florida und bei gelbem Fieber.*** *Von **A. Lutz**, San Paulo, Brasilien. (Fortschr. der Med. 1893. 23. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 12.)*

Verf. verwendet schon seit 2 Jahren mit gutem Erfolge Salol in hohen Dosen: pro dosi 1·5—2·0, pro die 6—8 Grm. bei acuter Lungentuberculose; neuerdings hat er jedoch auch schon von blos 4·5 Grm. pro die gute Resultate gesehen. Bei Nebenwirkungen, die in seltenen Fällen durch den Salolgebrauch bewirkt werden, wie Ohrensausen, Nausea, Schwerhörigkeit, wird das Mittel nur kurze Zeit ausgesetzt, worauf die Nebenwirkungen verschwinden; sonst wird das Mittel monatelang ohne jeden Schaden gegeben. Bei schwerer Nervenerkrankung ist das Mittel contraindicirt. Die Verabreichung des Salolpulvers geschah meist in Oblaten, jedoch auch in Kapseln und in comprimirten Tabletten, die dann noch erst von den Patienten im Munde zerkaut wurden. Bei hoch fiebernden Patienten mit Lungentuberculose, die auch stark expectoriren, pflegten nach spätestens 2 Wochen das Fieber und mit ihm die Nachtschweisse aufzuhören und die Expectoration spärlicher zu werden. Es scheint dem Verf., als ob durch das Salol die Mischinfection der Lungenphthise in eine langsamer verlaufende reine Tuberculose umgewandelt werde. Der methodische Gebrauch von Salol (bis 12 Grm.) bei gelbem Fieber bewirkt meist den abortiven Verlauf der Erkrankung, und selbst bei sehr schweren Fällen mit bedrohlichen Erscheinungen wurde Heilung erzielt.

236. ***Die Wirkungen des Guajacol bei Diabetes und gegen die Polyurie der Diabetiker.*** *Von **Dr. Theodor Clemens,** Frankfurt a. M. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 12.)*

Verf. hat seit einigen Jahren nicht nur bei tuberculösen Leiden, sondern auch bei Diabetikern der verschiedensten Grade bei Anwendung des chemisch reinen Guajacols (nach *Max Schüller*) so bedeutende Heilerfolge gesehen, dass er durch deren Mittheilung die Collegen zur weiteren Prüfung auffordert. — Die Dosis, in der das reine Guajacol meistens gegeben wurde, war 3mal 6—3mal 10 Tropfen in einem Esslöffel Milch oder, wo dies angezeigt und vertragen wurde, in einem Eierbecher voll Leberthran. Um die Guajacolwirkung bei Diabetikern genau zu controliren, liess er bei stärkemehlhaltiger und ganz gewöhnlich gemichter Nahrung mit einem Schnitt Bier den Urin, der nach dem Mittagessen



gelassen wurde (von 1—6 Uhr), genau auf Zucker untersuchen, welche Untersuchung nach mehreren Tagen nach einer mehrtägigen Guajacoleinwirkung bei genau derselben Kost mehrmals wiederholt wurde. Nachdem Patient, der gewöhnlich in dem Nachtischurin 1·86% bis 2·90% gezeigt hatte, und acht Tage anhaltend Guajacol nahm, und zwar dreimal täglich sechs Tropfen in Milch nach dem Frühstück, nach dem Mittagessen und eine halbe Stunde vor dem Abendessen, so wurde der Urin auf dieselbe Weise genau auf Zucker untersucht, wobei in den bei weitem meisten Fällen eine sehr bedeutende bis gänzliche Abnahme des Zuckers erfolgte. Wurde das Guajacol 14 Tage lang bis vier Wochen anhaltend gegeben, so konnte man sogar hin und wieder süsse zuckerhaltige Speisen erlauben, ohne den Zuckergehalt steigen zu sehen. Hatte Verf. z. B. nach Linsensuppe und Brot einen Urin mit 2·90% erhalten, so war bei derselben Kost nach vierwöchentlicher Guajacolcur der Nachtischurin manchmal bis zu einem Zuckergehalt von 0·4% gefallen. Noch auffallender zeigte sich die Einwirkung des Guajacols auf die Polyurie der Diabetiker, so dass in einigen Fällen schon nach einer achttägigen Guajacolcur die Harnmenge in 24 Stunden fast um die Hälfte abnahm, welche Erfolge durch Aussetzen und Verminderung der Guajacolgaben noch deutlicher controlirbar wurden. In allen vom Verf. beobachteten Fällen wurde das Allgemeinbefinden besser, auch wurde das Mittel sehr gut vertragen.

237. ***Steresol, ein neues auf die Haut und Schleimhaut adhärirendes Antisepticum.*** *Von Berlioz. (Journ. de méd. 1893. 31. — Med. Central-Ztg. 1894. 12.)*

Durch zahlreiche Untersuchungen hat Verf. die kräftige bactericide Wirkung des Steresols nachgewiesen und gezeigt, dass das Phenol, der wirksame Bestandtheil desselben, erst nach 24 Stunden sich vollständig daraus verflüchtigt. Eine dreimonatliche Anwendung des Steresols bei der Diphtherie hat 81% Heilungen ergeben. Seine Application ist nicht schmerzhaft, es entsteht niemals ein Brandschorf; es bleibt mehrere Stunden an der Applicationsstelle. Sehr schnelle Heilungen hat man auch bei tuberculösen Ulcerationen der Haut und der Zunge erzielt; ebenso waren die Resultate bei der Behandlung alter Eczeme bemerkenswerth. Das Steresol gestattet, eine dauernde locale Antisepsis der Schleimhäute und derjenigen Körperstellen zu erreichen, wo antiseptische Spülungen sehr schwierig oder unmöglich sind.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

238. ***Zur Behandlung der Leberkolik.*** *Von Grasset. (L'Union méd. 1893. Juni. — The therap. Gaz. 1893. October.)*

Verf. verordnet bei acuten und subacuten Fällen von Leberkolik mit Vorliebe Olivenöl. Bei sehr acuten Fällen gibt er schmerzlindernde Mittel. Entweder heisse Bäder von $^1/_2$—1—$1^1/_2$stündiger Dauer oder innerlich jede Stunde oder jede $^1/_2$ Stunde einen Theelöffel einer Mixtur von Chloroformwasser und Orangenblüthsyrup.

Bei starkem Erbrechen Morphiuminjection und per os kalte Milch und kalte Bouillon. Bei äusserst heftigen Schmerzen wird bei sonst guter Verdauung Olivenöl viertelstündlich in kleinen Quantitäten verabreicht. Dem Olivenöl wird eine ganz kleine Menge von Pfefferminzöl zugesetzt, um den Geschmack zu verbessern. Ueberdies wird noch eine Eingiessung von Sennainfus und Glaubersalz gemacht. Bei subacuten länger dauernden Fällen wird an jedem Morgen ein Weinglas von aromatischem Olivenöl, am Abend ein heisses Bad verabreicht. Täglich 4 Dosen von 4—10 Tropfen einer Boldotinctur. Als Laxativum werden täglich Pillen von Extr. belladonna, Evonymin und gepulverten Belladonnablättern gegeben. In manchen Fällen ist es angezeigt, das Evonymin durch Podophyllin zu ersetzen. Alle zwei Stunden wird ein Glas Milch, zuweilen mit Vichywasser gemengt, getrunken. In manchen Fällen war Magnesiumsulfat als Laxativum besonders nützlich.

Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

239. ***Ein Kehlkopfphantom zur Erlernung der Intubation.*** *Von Prof.* ***O. Heubner.*** *(Jahrb. f. Kinderhk. 1893, Bd. XXXVI, pag. 161. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 5.)*

Durch Zubereitung eines grossen Stückes Kork nach Form der knöchernen Stützpartien der seitlichen und hinteren Rachenwand, das auf eine Flasche gesetzt, die aus der Leiche herausgenommenen Weichtheile (Zunge, Gaumentheile, Rachenwand, Kehlkopf, Trachea) trägt, hat Verf. ein Phantom construirt, das er zur Erlernung der „sinnreichen Methode von *O'Dwyer*" empfiehlt. Die Aufbewahrung der Organe geschieht in 1—2%iger Lysollösung.

240. ***Beiträge zur Heilung der Chlorose, mit besonderer Rücksicht auf das Ferrum protoxolatum.*** *Von Dr.* ***Géza Dieballa.*** *(Orvosi hetilap. 1893. 26 u. ff. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 6.)*

Im Auftrage Prof. *Kétli's* befasste sich Verf. mit der Blutuntersuchung der auf der Klinik liegenden Kranken, insbesondere mit jenen Veränderungen des Blutes, die sich während der Behandlung bei den verschiedenen Formen der Olygämien einstellen. Substrat der Untersuchungen bildete die in der Hauptstadt so häufig vorkommende Chlorose. Die beobachteten 5 Fälle gehören in die Reihe der mittelschweren, charakteristischen Formen und unterscheiden sich in keiner Weise von dem allgemein gekannten Bilde der Chlorose. Bezüglich der Hämatologie wird Folgendes mitgetheilt: Verf. fand das Blut bei einfacher Betrachtung in jedem einzelnen Falle auffällig blass und stand der Grad der Blässe in genauem Verhältnisse zur Abnahme des Hämoglobingehaltes. Die Blutgerinnung stellte sich zur normalen Zeit ein; eine gewisse Neigung zur Hämophilie war nur in einem Falle zu beobachten. Mit dem Fortschreiten der Heilung begann das Blut immer mehr und mehr seine Farbe zurück zu erlangen, und als der Hämoglobingehalt auf 90 stieg, besass das Blut seine normale dunkle Farbe. Die Blutdichte zeigte sich ausnahmslos verringert, und zwar, wenn man die Grenzen des normalen specifischen Gewichtes des Blutes zwischen 1045—1075 setzt, so stand ein Theil der Fälle unter der Norm, ein anderer Theil bewegte sich an deren unterster Grenze; sucht man jedoch nach den allenfalls verläss-



licheren Angaben von *Hammerschlag* die normalen Grenzen der Blutdichte zwischen 1036—1063, dann findet man sämmtliche gewonnenen Werthe um ein Beträchtliches unter der Norm und muss das letztere Resultat für diese Fälle als massgebend bezeichnet werden, weil die Messungen eben nach dessen Methode vorgenommen wurden. Die Abnahme des specifischen Gewichtes des Blutes stand in geradem Verhältnisse zur Abnahme des Hämoglobins, blos in einem Falle fand man ein relativ hohes specifisches Gewicht bei niederem Hämoglobingehalt.

Der Einfluss der Eisentherapie zeigte sich bei 3 Fällen schon während der ersten 10 Tage auffällig in einer Steigerung des specifischen Gewichtes, und um diese Zeit stieg auch rasch der Hämoglobingehalt, doch erlangte das specifische Gewicht des Blutes schon etwas früher sein Maximum, wo es dann bis zum Schlusse der Blutreparation mit geringen Schwankungen verblieb. Die Steigerung des specifischen Gewichtes scheint auch mit der Zunahme der rothen Blutzellen im Verhältnisse zu sein; als jedoch die Steigerung die Norm erreichte, dann hielt sie nicht mehr gleichen Schritt mit der Zunahme der Blutzellen, als Beweis dessen, dass auf die Blutdichte in erster Linie der Hämoglobingehalt von Einfluss ist. Bezüglich der Grösse der rothen Blutzellen fand Verf. die kleinen Zellen bereits in der Zeit vor Beginn der Eisentherapie meistentheils beträchtlich vermehrt. Unter dem Einflusse des Eisens vermehrten sich mit der Zunahme der Zahl der Blutzellen die kleinen Blutkörperchen noch mehr, bis ihre Zahl an der Grenze der Heilung auf die Norm sank. In einem Falle war ausgeprägte Poikilocytosis im Stadium der intensiven Zellenzunahme zugegen. Die Zahl der rothen Blutkörperchen war mit Ausnahme eines Falles um ein Beträchtliches kleiner, als die Norm. In vier Fällen nahmen die rothen Blutkörperchen auf Eisenbehandlung rapid zu. Im Stadium der Blutreparation erhielt Verf. im Allgemeinen höhere Zahlenwerthe als die Norm. Die höchste Zahl der rothen Blutkörperchen betrug 7,072.000; die so selten hohe Zahl gewinnt durch den Umstand an Interesse, dass die Hämoglobinzunahme um diese Zeit eine lange Stagnation aufwies und sich gleichzeitig beim Patienten hartnäckige dyspeptische Erscheinungen einstellten. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass die intensive Blutzellenbildung und das durch eine früher bestandene hartnäckige Diarrhoe einigermassen eingedickte Blut beim Zustandekommen dieser hohen Blutkörperchenzahl gemeinsam einwirkten. Bezüglich der weissen Blutkörperchen fand sich keine Abweichung der Norm vor. Die Zahlen des Hämoglobingehaltes schwankten zwischen 37 und 95. Auf die eingeleitete Eisentherapie stieg der Hämoglobingehalt successive, so dass in den ersten 10 Tagen eine wesentliche, 10—25%ige Zunahme eintrat. Von da ab nahm das Hämoglobin langsamer zu und erreichte sein Maximum 88—95 am 42., 60. und 73. Tage. In dem mit Dyspepsie combinirten Falle betrug der Hämoglobingehalt zur Zeit der ausgesetzten Eisentherapie 77 und stieg 10—12 Tage lang allmälig an, währenddem sich auch die klinischen Symptome besserten; doch alsbald sank er von 85 auf 75 und im Verhältnisse hiermit sanken auch das specifische Gewicht und die Zahl der rothen Blutkörperchen wesentlich. Auf die wieder

eingeleitete Eisentherapie stieg der Hämoglobingehalt nach 14 Tagen auf 90. Nebst ruhiger Lebensweise und entsprechender Diät ordinirte man mit vollem Erfolg *Ferrum protoxalatum*. Dasselbe ist ein hellgelbes, in Wasser unlösliches Pulver, das am zweckmässigsten in Oblatenkapseln zu 0·10 gereicht wird. *Hayem*, der dieses Mittel bereits seit Jahren anwendet, stellt es über alle anderen Eisenpräparate und verabreicht anfangs täglich 2 Pillen zur Essenszeit: später, wenn die Kranken das Mittel gut vertragen, steigt er bis 0·30—0·40. Auf der *Kétli*'schen Klinik reichte man täglich 0·60 in 2 Dosen, Mittags und Abends während des Essens. Trotz dieser beträchtlichen täglichen Dosis stellten sich keine Digestionsstörungen ein, und so konnten es die Kranken längere Zeit ohne Unterbrechung gebrauchen. Liegen fördert die wohlthätige Wirkung der Eisentherapie. —*sch.*

241. ***Die Behandlung des Asthma mit Strychnin.*** *Von Dr. Th. Mays, Philadelphia. (Journ. de méd. 1893. 5. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 5.)*

Die prolongirte Darreichung des Strychnins hat sich als eine erfolgreiche Behandlung des sogenannten essentiellen Asthmas (ebenso wie des asthmatischen Heufiebers) erwiesen. In den schweren Fällen bedient sich Verf. der subcutanen Injectionen, mit einer Tagesdosis von 0·002 Grm. Strychn. sulf. beginnend, die er in der Folge auf 0·004 Grm., auf 0·006 und sogar darüber erhöht. Es ist oft nützlich, dem Strychnin kleine Dosen (0·0001 Grm.) Atropin zuzusetzen. Am besten ist es, die Injection des Abends vorzunehmen, da die asthmatischen Anfälle gewöhnlich in der Nacht auftreten. — Zu gleicher Zeit neben den Injectionen und um deren Wirkung zu steigern, lässt der Autor folgende Pulver gebrauchen: Rp. *Phenacetin 4·0, Chinin. sulf. 2·0, Ammon. hydrochl. 6·0, Strychn. sulf. 0·06.* M. Div. in part. aeq. Nr. XXXII. DS. täglich 4 Pulver zu nehmen. In den leichten Fällen kann man die subcutanen Injectionen entbehren und sich auf diese Pulver beschränken. — In den sehr schweren Fällen und im Anfang der Behandlung ist man oft genöthigt, um die asthmatischen Anfälle zu unterdrücken, ausser dem Strychnin noch Morphium und Nitroglycerin in subcutaner Injection anzuwenden. Endlich können daneben noch eine möglichst vollständige körperliche und geistige Ruhe, eine reborirende Diät, die Massage und Elektricität sehr gute Dienste leisten. Durch diese Behandlung hat Verf. Heilung oder der Heilung fast gleichwerthige Besserung selbst in sehr veralteten Fällen von Asthma erzielt: der eine hat seit 25 Jahren bestanden.

242. ***Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Zimmtsäure auf tuberculöse Kaninchen.*** *Von Dr. P. Richter. (Virchow's Archiv. Bd. CXXXIII. — Centralbl. f. Chir. 1894. 3.)*

Verf. inficirte Kaninchen durch Injection einer Aufschwemmung von frischer Tuberkelbacillenreincultur in die Ohrvene; nach 19 Tagen waren 3 Thiere verendet, von denen die beiden letzten ausgesprochene Tuberculosen zeigten; jetzt wurden 6 der übrigen Thiere mit Zimmtsäureinjectionen nach *Landerer* 6 Monate hindurch behandelt; sie nahmen sämmtlich erheblich an Gewicht zu. In verschiedenen



Intervallen wurden die Thiere getödtet; das letzte 278 Tage nach Beginn der Behandlung. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung der erkrankten Organe fasst Verf. seine Ergebnisse wie folgt zusammen: „Zunächst entsteht um die tuberculösen Herde Entzündung, in Capillarectasie, seröser Durchtränkung und Leucocytenanhäufung bestehend (Stadium der Leucocytose). Später findet man um die Tuberkelknötchen einen mehrfachen Leucocytenwall und zugleich beginnende Einwanderung von multinucleären Leucocyten in die Knötchen und Alveolarsepta, sowie Gefässneubildung (Stadium der Umwallung). Weiter finden wir den Tuberkel von jüngerem Bindegewebe umwallt, und zugleich wachsen Bindegewebe und Gefässe in den Tuberkel hinein (Stadium der Vascularisation). Bacillen sind jetzt schon fast völlig verschwunden. Schliesslich sehen wir dieses junge Bindegewebe in Narbengewebe übergehen, während die übrigen Lungenpartien theils emphysematös, theils normal, theils im Zustande chronischer interstitieller Pneumonie gefunden werden (Stadium der Vernarbung und Schrumpfung). Der Verlauf der Impftuberculose war unter dem Einflusse der Zimmtsäuretherapie wesentlich protrahirter, wie gewöhnlich. Die Zimmtsäure wirkt nicht schädigend auf den Tuberkel selbst; vielmehr fand sich hauptsächlich das ihn umgebende Gewebe afficirt, und zwar insofern, als die Zimmtsäure vermöge ihrer chemotactischen Eigenschaften hier eine Entzündung localisirt, die im weiteren Verlaufe durch interstitielle Pneumonie und Bildung einer Umhüllung zur völligen Abkapselung des Tuberkels, zur Sistirung des Stoffwechsels in seinem Inneren und damit zu Schwund und Tod der Bacillen führt." Diese Ergebnisse ermächtigen nach Verf. zu weiteren therapeutischen Versuchen nach *Landerer*.

243. ***Ueber ein chemisches Gegenmittel bei Cyanvergiftungen.*** *Von **Julius Kóssa**, Budapest. (Ung. Archiv f. Med. Bd. II. — Therap. Monatsbl. 1893.)*

Die Cyanvergiftungen äussern sich in zweifacher Weise, entweder bricht der Vergiftete während der Einnahme des Giftes oder 1—2 Secunden nach derselben zusammen, oder wenn eine nur geringe Quantität genommen wurde, innerhalb 2 Minuten bis 3 Stunden. Der ausserordentlich rapide Verlauf der Cyanvergiftung gestattet uns aber nicht, bei derselben irgendwie einzugreifen. Es gibt aber Fälle von Cyanvergiftungen, die erst nach Stunden und sogar Tagen zum Tode oder zur Genesung führen. Es sind das Vergiftungen mit bittermandelölhaltigen Liqueuren, Haarsalben mit stark verdünnter Cyankaliumlösung, bei Bittermandeln etc., bei denen man doch einzugreifen verpflichtet ist. Nun besitzen wir aber keinerlei Gegenmittel bei Cyanvergiftungen. Gegen Ende der Sechziger-Jahre hat *Preyer* das Atropin als dynamisches Gegenmittel der Blausäure empfohlen, seine Angabe wurde jedoch von vielen Autoren auf das Entschiedenste bekämpft. Im vorigen Jahre hat *Krohl* in seiner Arbeit über die Wirkung der Oxalsäurederivate angegeben, dass es ihm gelungen sei, mit Wasserstoffhyperoxyd Hunde, Katzen, Kaninchen am Leben zu erhalten, wenn denselben die tödtliche oder eine nur um Weniges grössere Gabe von Cyanwasserstoff verabreicht worden war. Doch hält Verf. die Angaben von *Krohl* für nicht einwandsfrei, und ist der

Ansicht, dass wir keine physiologischen Antagonisten der Blausäure haben. Verf. hat deshalb versucht, chemische Gegenmittel bei Cyanvergiftungen anzuwenden. Die Arbeit *Krohl's* brachte Verf. auf den Gedanken, mit dem Kaliumpermanganat als Gegenmittel zu experimentiren, welches in seiner Eigenschaft als Oxygenüberträger vielfach an das Wasserstoffhyperoxyd erinnert, ohne dessen zahlreiche Nachtheile zu besitzen; namentlich ist es auch in ausserordentlich grossen Dosen unschädlich, da es nach *Kobert* im Magen gar nicht oder nur in minimalen Mengen resorbirt wird. Verf. machte die Erfahrung, dass, wenn man zu einer stark verdünnten Kaliumpermanganatlösung einen Tropfen einer 1%igen Cyankaliumlösung hinzusetzt, die Kaliumpermanganatlösung sich vollständig entfärbt, und meint deshalb, dass es bei dem Aufeinanderwirken von Kaliumpermanganat und Cyankalium zu einem Oxydationsprocesse kommt, dessen wahrscheinliches Resultat die Bildung von cyansaurem Kali ist. Verf. versuchte den chemischen Antagonismus auch dadurch zu veranschaulichen, dass er die Athmungscurven aufnahm. Aus diesen geht hervor, dass das Kaliumpermanganat, zu rechter Zeit angewandt, den schädlichen Einfluss der Blausäure auf die Respirationscentren nicht zur Geltung kommen lässt und darin sieht Verf. die lebensrettende Wirkung des Kaliumpermanganat.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

244. ***Die Behandlung der Placenta praevia mittelst rapider manualer Dilatation des Muttermundes.*** *Von Philander Harris. (The Amer. Journ. of Obstetr. 1894, Januar-Heft, pag. 37.)*

Sobald sich Blutungen einstellen, auch wenn noch keine Wehen da sind, geht Verf. bei Placenta praevia in folgender Weise vor: Er dilatirt den Muttermund mit den Fingern, und zwar führt er zuerst den Zeigefinger in den Muttermund ein, dann den Daumen, dann den Mittelfinger u. s. w. bis alle fünf Finger im Muttermunde liegen. Während der Zeit wird der Muttermund durch Beugung und Entfernung der Finger von einander dilatirt. Ist nun der Muttermund so weit ausgedehnt, dass er die ganze Hand passiren lässt, so wird die Blase gesprengt, die Frucht gewendet und sofort extrahirt. Von 9 in dieser Weise behandelten Fällen von Placenta praevia starb keine Mutter und verloren nur 2 Früchte ihr Leben. Zur Dilatation des Muttermundes bedarf man zwischen 16—22 Minuten und wird dieselbe in der Narcose vorgenommen. *Kleinwächter.*

245. ***Enges Becken und Colpeurynter.*** *Von Rosenthal, Assistenzarzt an der Leopold'schen Frauenklinik in Dresden. (Arch. f. Gyn. Bd. XLV, Heft 1, pag. 139.)*

Verf. ist ein sehr warmer Freund des Colpeurynters und hält demselben eine Lobrede. Bei vorzeitigem Blasensprunge ersetzt er die Blase, d. h. er erweitert den Muttermund und bringt gleichzeitig die Portio zum Verstreichen, ausserdem die Weichtheile auflockernd und den weiteren Wasserabfluss verhindernd.

Steht aber noch die Blase, so verhütet er deren vorzeitigen Riss, was namentlich bei engem Becken wichtig ist. Ausserdem regt er auch die Wehenthätigkeit an. Seine Anwendung empfiehlt sich namentlich bei engem Becken, wenn sich der Kopf nicht einstellt und bei bestehender Quer- oder Schieflage. Angezeigt ist seine Einlegung fernerhin, wenn man sich noch kein klares Urtheil über den Geburtsverlauf bilden kann, demnach bei mittleren Graden des engen Beckens, zur Vorbereitung auf alle Vorkommnisse, vorausgesetzt, dass die Wehenthätigkeit bereits begonnen hat. Die Bedingung zur Anwendung derselben ist aber eine peinliche subjective und objective Reinlichkeit, d. h. eine eingehende Desinfection der Vagina vor dessen Einlegung und nach dessen Entfernung, sowie eine peinlich genaue Desinfection des Colpeurynters selbst vor dessen Einlegung. *Kleinwächter.*

246. ***Transportabler Extensions-Apparat zur Anlegung von Gypshosen etc.*** *Von Dr.* ***Max Scheimpflug.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1894. 6.)*

Der Apparat hat die Aufgabe, bei der Anlegung von immobilisirenden Verbänden zum Behufe von Redressements acuter oder chronischer Difformitäten der unteren Extremitäten die manuelle Extension überflüssig zu machen. Eine solche Vorrichtung ist seit Jahren an der weil. *Billroth*'schen Klinik bei der Anlegung von Gypshosen zur Coxitisbehandlung in Gebrauch (*v. Hacker's* Assistenten-Ersparungsapparat); dieselbe ist jedoch nur für klinische Verhältnisse und für kindliche Individuen construirt. Für die Bedürfnisse des praktischen und besonders des Landarztes bedarf es eines zerlegbaren und transportablen Apparates, der entsprechend solid gebaut, für jede Körpergrösse verwendbar ist und an jedem einfachen Tische befestigt werden kann. Einen derartigen Apparat hat Verf. durch Herrn Medicinalrath *Roth* in Stuttgart kennen gelernt. Besonders bewährt hat sich derselbe bei Fracturen der unteren Extremitäten, die auf dem Lande sich ereignen, wo der Arzt ohne sachkundige Assistenz kaum in der Lage ist, eine correcte Einrichtung und Immobilisirung auszuführen. In der Idee ist der zu beschreibende Apparat mit dem *Roth*'schen identisch, und Verf. macht nur für einige Verbesserungen in der Ausführung seine Autorschaft geltend. Der zum Behufe des Transportes vollkommen zerlegbare und leicht zu verpackende Apparat besteht aus einem statischen und einem dynamischen Theile. Der statische Theil bildet ein System von drei Flacheisenstangen, von welchem zwei horizontal liegende auf jeder einfachen Tischplatte fixirt und in der der Körpergrösse des Patienten entsprechenden Länge zusammengepasst werden können. Am Kopfende umgreift dieses Gestänge den einen Tischrand, das Fussende ragt über den gegenüberliegenden Tischrand hervor und wird durch die dritte verticale Flacheisenstange unterstützt. Alle Verbindungen sind durch Flügelschrauben gesichert. Der dynamische, die Extension bewirkende Theil besteht aus einer am horizontalen Gestänge in vorgebohrten Löchern an beliebiger Stelle fixirbaren gespornten Beckenstütze und einer an der verticalen Flachstange in entsprechender Höhe anschraubbaren Querstange. An letzterer befinden sich beiderseits mit Extensionsgurten umwickelte Kurbelwellen, welche seitlich



verschoben und in entsprechender Distanz eingestellt werden können. Die Kurbeln werden mittelst Zahnrad und Schnepper in Bewegung gesetzt, respective festgestellt; dadurch ist eine allgemeine Steigerung der extendirenden Kraft ermöglicht, was bei Ueberwindung musculärer Contracturen von Bedeutung ist. Statt eines Gegenzuges dient der Sporn der Beckenstütze als Fixpunkt. Es ist wichtig, dass beide Extremitäten extendirt werden, weil nur auf diese Weise das Nachgehen des Beckens hintangehalten wird. Zur Festhaltung der unteren Extremitäten empfehlen sich die der extendirenden Hand des Assistenten nachgebildeten *Hessing*'schen Spannlaschen; dieselben schmiegen sich der Fusswurzel so genau an, dass man ohne Weiteres den Gypsverband darüber anlegen kann, man kann nachträglich die Spannlasche entfernen oder auch als Polsterung unter dem Verband liegen lassen. Um für alle Fälle gerüstet zu sein, bedarf es aber eines Vorrathes von verschiedenen Grössen derselben. Nach dem abgebildeten Muster lassen sich dieselben aus dichtem Filz oder Stoff leicht herstellen. Zur Unterstützung des Oberkörpers des Patienten werden Pölster, eventuell ein Schemel, auf der Tischfläche angebracht. Statt dieser Improvisation leistet ein mit einem verschieblichen Kopfhalter ausgestaltetes *Billroth*'sches Bänkchen vorzügliche Dienste. Der Apparat wird vom Mechaniker Esterlus hergestellt. —r.

247. ***Sechs Fälle von Resection des Fusses nach Wladimirow-Mikulicz.*** *Von Dr.* ***M. Korzeniowski.*** *(Przegląd chir. Bd. I. Heft 1. — Centralbl. f. Chir. 1894. 8.)*

Verf. berichtet ausführlich über 6 wegen Tuberculose auf der Abtheilung des Dr. *Krajewski* ausgeführte Resectionen nach *Wladimirow-Mikulicz*. Von den Patienten sind 2 gestorben, und zwar einer an allgemeiner Tuberculose, der andere an incompensirtem Herzfehler. Bei Beiden war auch ein locales Recidiv aufgetreten. Die übrigen 4 Patienten blieben dauernd geheilt. Drei gehen ohne jeden Stützapparat herum, der vierte, bei welchem die knöcherne Consolidation ausgeblieben war, benöthigte einer Prothese. In allen Fällen handelte es sich zumeist um sehr weit vorgeschrittene Destruction der Knochen, so dass der vordere Schnitt einige Male bereits in den Bereich der Mittelfussknochen verlegt werden musste. Die Operation wurde 5mal in typischer Weise ausgeführt, das 6. Mal aber eine neue Modification, statt mit vorderem, mit innerem, die A. tibialis post. fassenden Verbindungslappen, mit gutem Erfolge versucht. Verf. beschreibt die Schnittführung bei dieser neuen Operation wie folgt: „Ein Querschnitt verläuft von der Basis des inneren Knöchels über die Vorderfläche des Sprunggelenkes gegen rückwärts bis an den medialen Rand der Achillessehne. Von dem Anfangspunkte dieses Schnittes wird ein Seitenschnitt zum Kahnbeinhöcker geführt. Ein dritter Schnitt geht vom Endpunkte des Querschnittes am inneren Rande der Achillessehne fast senkrecht nach unten, worauf er quer über die Sohle zur Tuberositas os. metatars. V. verläuft. Hierauf werden die freien Enden der letzten zwei Schnitte durch einen vorderen Querschnitt, welcher vom Kahnbeinhöcker zur Tuberositas os. metatars. V. verläuft, vereinigt.“ Auf diese Art wird die A. tibialis post. verschont. Verf. ist der Ansicht, dass bei dieser Modification die *Wladimirow-Mikulicz*-



sche Operation oft noch dort ausführbar sein wird, wo deren Ausführung in bisheriger Weise angesichts einer Destruction der Weichtheile an der Vorderseite ausser dem Bereiche der Möglichkeit gelegen wäre. Auch glaubt er, dass man sich bei freier Wahl einer vorderen oder seitlichen Brücke viel leichter für die letztere Art entscheiden dürfte, da hier die Arterie und deren Aeste viel stärker seien als bei der A. tibialis antica.

248. ***Blutungen post partum und ihre Behandlung mittelst Compression der Aorta.*** Von **E. Stammore Bishop**, *Manchester*. *(The Lancet. 1893. — Münchener med. Wochenschr. 1893.)*

Folgende Fälle mögen die Methode des Verf. klar machen: Fall I: 26jährige Primapara, am Kropf leidend. Wehen normal, Placenta spontan ausgestossen, doch langsam. Zehn Minuten darauf verändern sich plötzlich die Gesichtszüge der Patientin, Lippen werden weiss, Nase spitz, Athmung beschleunigt. Das Bett ist vollkommen mit Blut durchtränkt, Uterus erschlafft, sich rasch vergrössernd. Der Uterus wird sofort fest comprimirt, der Inhalt entleert und währenddessen mit der linken Faust die Aorta gesucht, die auch leicht über dem Promontorium zu fühlen ist. Blutung steht sofort. Der Kopf wird gesenkt, Ergotin injicirt. Der Druck auf die Aorta wird eine halbe Stunde ausgeübt. Als nach 10 Minuten sich Krampf in der Hand einstellt, wird die Procedur von der Hebamme ausgeführt; da diese das Gefäss verfehlt, sofort erneute Blutung, die jedoch durch die rechte Hand des Arztes gestillt wird, während der Hebamme die Compression des Uterus überlassen wird. Nach wiederholtem Wechsel der Hände, wobei jedoch das Gefäss nie uncomprimirt bleibt, hat sich Patientin völlig erholt, ihre natürliche Farbe wieder erlangt; der Pulsschlag der Aorta ist von früherer Stärke, der Druck wird allmälig vermindert. Nach völligem Aufhören des Druckes keine erneute Blutung; weiterer Verlauf völlig normal. Fall II: 34jährige Quartapara. Vom Hausarzt wegen schwerer Blutung zu Hilfe gerufen. Patientin befindet sich im Zustande hochgradigster Anämie. Der Hausarzt hatte die Vagina vergeblich mehrere Male tamponirt, immer floss das Blut neben den Tampons heraus. Ergotin in grossen Quantitäten vergebens verabfolgt. Palpation des Abdomens ergab Uterus von etwa 5 Monat Grösse, voll mit Gerinnseln, die Hand gleitet leicht, ohne jede Mühe nach hinten zur Aorta; diese schlägt sehr schwach. Sofortige Compression bringt die Blutung im Augenblick zum Stehen. Als nach wenigen Minuten der Pulsschlag der Aorta stärker wird, wird die Tamponade entfernt, der Uterus mit der rechten Hand comprimirt und eine geringe Menge Blutgerinnsel herausgedrückt. Während der Druck auf Aorta und Uterus abwechselnd von beiden Aerzten ein halbe Stunde lang ausgeübt wird, erhält die Patientin, deren Kopf so tief als möglich gesenkt war, Beef-tea und geringe Mengen Brandy. Der Pulsschlag in der Aorta wird allmälig so stark wie je zuvor und als der Druck endlich ganz aufgehoben ist, ist der Uterus stark contrahirt, keine neue Blutung. Patientin erholt sich vollkommen. Wohl genügt nicht immer die Zeit einer halben Stunde, um ein solches Resultat herbeizuführen, aber gleichwohl muss so lange comprimirt werden, bis sich der Uterus



mit Hilfe von Ergotin erholen kann. Die Methode besitzt noch einen anderen und grösseren Vortheil. Durch die Compression der Aorta wird das Blut für die vitalen Centra erhalten. Um zu resumiren: Compression der Aorta in Verbindung mit Compression des Uterus ist die erste Pflicht bei Blutungen nach der Geburt. Andere Mittel werden sie unterstützen, aber niemals ersetzen.

249. ***Massige Reposition einer Hernie, Ileus, Laparotomie, Heilung.*** *Von Dr. **Ludwig Makara**, Assistent der I. chir. Klinik in Budapest. (Gyógyászat. 1894. 3. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 8.)*

Ein 51jähriger Amtsdiener, aufgenommen am 30. Juli 1892, leidet bereits seit seiner Jugend an einer linken Hernia mobilis inguinalis, die ihn bisher nicht molestirte. Am 27. Juli ging der Bruch nicht freiwillig zurück, worauf er gewaltsam reponirt wurde. Kurz darauf erbrach Patient, anfangs Speisereste, später fäculente Flüssigkeit. Bei der Aufnahme war der Bauch gebläht; Aufstossen, Erbrechen, das Erbrechen ist eine fäculente, flüssige, bräunliche Masse. Ein Bruch fand sich nicht vor, doch ist der linke Leistencanal weiter und vermag der palpirende Finger an der Basis derselben ein nussgrosses, resistenteres Gebilde zu fühlen. Wegen des dicken Fettpolsters und der Gespanntheit des Bauches waren die Verhältnisse nicht genau zu eruiren. Die Untersuchung per anum fiel negativ aus. Kein Fieber. Puls 90. Auf eine Eingiessung entleert sich blos fäculente Flüssigkeit. Es waren die Incarcerationserscheinungen unbezweifelbar, doch war die en bloc-Reposition der linken Leistenhernie nur als eine wahrscheinliche aufzustellen und musste man auch an eine andere Möglichkeit denken, weshalb sich Verf. am nächsten Tage zur Laparotomie entschloss. Nach Eröffnung des Bauchraumes in der L. alba stiess man über der inneren Oeffnung des linken Leistenbruchcanales auf eine taubeneigrosse Geschwulst, in welche durch eine kreuzergrosse Oeffnung eine dünne Darmschlinge eindringt. Nach geringer Erweiterung der Oeffnung gelang die Extraction der Darmschlinge leicht. Der extrahirte Darm erwies sich intact, weshalb Verf. die Bruchsacköffnung vernähte und die Bauchwand auf die übliche Weise schloss. Am nächsten Tage hatte Patient Stuhl, Flatus gingen bereits einige Stunden nach der Operation ab. Die Heilung ward durch einen in der adipösen Bauchwand aufgetretenen Abscess ein wenig verzögert.

Ophthalmologie, Otiatrik und Laryngologie.

250. ***Das Lymphom der Conjunctiva.*** *Von Doc. Dr. **Goldzieher**. Vortrag in der Gesellsch. d. Aerzte in Budapest 1893. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 32. — Centralbl. f. Augenhk. 1894. Januar.)*

Die Erkrankung ist charakterisirt durch das Auftreten colossaler Follikelwucherung mit hochgradiger Conjunctivalentzündung und wird von gleichzeitigen oder sehr bald sich hinzu gesellenden Lymphombildungen am Halse begleitet. Das Bild der Erkrankung ähnelt dem des Trachoms, unterscheidet sich aber von

letzterem durch die Gegenwart von Riesenfollikeln. Geschwürsbildung hat Verf. dabei niemals beobachtet. In allen Fällen Verf.'s war immer nur ein Auge ergriffen. Die Lymphombildungen am Halse treten nicht als vereinzelte Drüsenschwellungen, sondern stets als Lymphompackete von bedeutender Härte auf; Drüsenvereiterung, Veränderungen in den inneren Organen konnte Verf. in keinem Falle nachweisen. Von der Tuberculose der Conjunctiva unterscheidet sich das Lymphom durch die vollkommene Heilbarkeit und den Mangel an charakteristischer Geschwürsbildung. In diagnostischer Beziehung ist anzunehmen, dass es sich in der Conjunctiva um dieselben Bildungen von Lymphknoten handelt, wie sie am Halse anzutreffen sind, dass somit der durch irgend einen Krankheitskeim bedingte lymphomatöse Process sich gleichzeitig in den Lymphdrüsen des Halses und der Conjunctiva etablirt. Durch chirurgische Eingriffe wurde in allen Fällen rasche Heilung erzielt. Auch das Vorkommen von Lymphadenomen in der Conjunctiva ohne irgend welche entzündliche Erscheinungen hält Verf. für vollkommen sichergestellt; das Entstehen von Lymphomen in der Orbita, wo es bekanntlich keine Lymphdrüsen gibt, erklärt Verf. durch Abschnürung und Hineinwuchern von Conjunctivalfollikeln in die Orbita.

251. ***Die Antiseptik des Auges bei der Staaroperation.*** *Von **Panas**. Sitzung d. Acad. de méd. am 10. October 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 8.)*

Eiterungen nach Staaroperation sind heute Dank einer rigorosen Antiseptik Seltenheiten. Verf. stellt vermittelst einer 2°/₀₀igen Quecksilberjodürlösung eine absolute Asepsis her. In einigen Fällen kamen dennoch Eiterungen vor. Die bacteriologische Untersuchung ergab, dass sich an den freien Rändern der Augenlider, namentlich des unteren, beständig Staphylococcus aureus und albus finden. In Kaninchenaugen eingeführt, erzeugten die Culturen häufig Abscesse, einmal sogar eine totale Vereiterung des Auges. Quecksilberjodidspülungen der freien Ränder und der Conjunctivalsäcke verringerten die Zahl der virulenten Culturen; erst wenn man die Conjunctiva mit Jodid haltendem Oel bespülte, wurde sie fast steril. Daher spült Verf. zunächst mit 2°/₀₀iger Jodidlösung, entfettet mit Soda, spült darauf mit 2°/₀₀ Jodid haltendem Oel und lässt eine Schicht dieses Oels auf der Bindehaut 24 Stunden lang. Niemals wurde darnach eine entzündliche Reizung der Bindehaut beobachtet; von 170 operirten Fällen kam keiner zur Eiterung.

252. ***Eine Gewebsbildung syphilitischen Ursprungs im Glaskörper.*** *Von Doc. Dr. **W. Goldzieher**. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 8.)*

Der 25jährige Patient meldete sich im Juni vorigen Jahres mit der Klage, dass er schlecht sehe. Die vorderen Medien waren dazumal klar, die Macula lutea rein, hingegen im Umkreise derselben Hämorrhagien. Da Morbus Brighti und Endoarteritis auszuschliessen waren, musste man an Syphilis denken. Die Annahme wurde durch die Anamnese gestützt, insoferne der Kranke im Jahre 1890 antiluetisch behandelt wurde; auch war universelle Lymphadenitis zugegen. Die nach einigen Wochen entstandene *Förster*'sche Chorioiditis serosa, der sich eine schleichende Iritis

plastica zugesellte, hat den Verdacht noch mehr bestärkt. Patient ging hierauf in's Spital. Als er sich wieder bei Verf. vorstellte, war das Auge in Folge von Iridocyclitis erblindet, am anderen Auge war das Bild einer hämorrhagischen Retinitis ausgesprochen; Patient vermag Finger nur $^1/_2$ Meter weit zu sehen. Patient gelangte nun auf die *Fuchs*'sche Klinik in Wien. Von dort zurückgekehrt, ist der Zustand wesentlich gebessert, $V = {}^1/_{10}$. Das Krankheitsbild entspricht am besten der von *Manz* beschriebenen Retinitis proliferans; die vorderen Medien sind klar, im Glaskörper Granulations-Bildungen vorhanden. Verf. hatte schon vor $1^1/_2$ Jahren Gelegenheit, den Unterschied zwischen Retinitis proliferans und dem durch Syphilis verursachten Krankheitsbilde zu betonen. Während es sich bei Syphilis um entzündliche Veränderungen handelt, sind bei der anderen Form hyaline Auswüchse der Membrana limitans externa der Retina vorhanden.

253. ***Eine Kugel im Kehlkopfe.*** *Beitrag zum Studium der traumatischen Wunden des Kehlkopfes. Von Dr.* ***A. Sokolowski,*** *Warschau. (Arch. internat. de Laryng. etc. 1893. Juli-August. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 11.)*

Ein 47jähriger Müller erhielt Morgens 1 Uhr auf ca. 15 Schritt Entfernung einen Schuss in die linke Cervicalgegend. Husten, mit Auswurf beträchtlicher Mengen blutigen Schleimes, heftige Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Gefühl der Anwesenheit einer Kugel im Schlunde, Heiserkeit und Aphonie waren die nächsten Folgeerscheinungen der Verletzung. Abends 5 Uhr hustete Patient eine Revolverkugel von $1^1/_2$ Cm. Länge und $^1/_2$ Cm. Dicke aus. Die erwähnten Beschwerden schwanden bis auf beträchtliche Heiserkeit. Die 3 Tage später vorgenommene laryngoskopische Untersuchung ergab zur Evidenz Veränderungen, welche mit Sicherheit darauf zu schliessen gestatteten, dass das Projectil in das Kehlkopfinnere gedrungen war und daselbst verweilt hatte. 11 Tage nach der Verletzung verliess der Kranke das Hospital. Die anatomischen Verhältnisse waren zur Norm zurückgekehrt, die Stimme klang rein.

254. ***Zur Therapie der hysterischen Stummheit.*** *Von Dr.* ***R. Kayser,*** *Breslau. (Therap. Monatsh. 1893. 10. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 12.)*

Ein Soldat zog sich beim Commandiren einen acuten Larynxcatarrh zu. Die Krankheit verschlimmerte sich bald so, dass er in's Lazareth musste. Er wurde dort schliesslich auch einer elektrischen Behandlung unterworfen und dabei passirte es, dass er plötzlich einen schweren Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins bekam. Der erste Anfall dauerte mit Unterbrechungen 4 bis 5 Stunden und in den nächsten Tagen wiederholten sich noch mehrere leichtere Anfälle. Vom Beginn des ersten Anfalles an hatte der Kranke seine Sprache völlig verloren. Als derselbe in die Behandlung des Verf.'s kam, bestand die Stummheit etwa 10 Monate. Die Anwendung der verschiedensten Mittel war erfolglos gewesen. Nur die psychische Behandlung konnte noch in Betracht kommen. Der Versuch, den Kranken zu hypnotisiren, gelang nicht. Er wurde nun methodisch unterwiesen, regelmässige, langsame Exspirationen zu machen und den bei der Bauchpresse ein-



tretenden Schluss der Stimmritze durch Exspirationsstösse zu sprengen. In der That gelang es auf diese Weise im Laufe einiger Wochen, das Sprachvermögen zu bessern und den Kranken zu einer leidlich vernehmbaren scandirenden Flüstersprache zu befähigen. Mehr aber liess sich auf diesem Wege nicht erreichen. Um aber einen vollkommenen Erfolg zu erreichen, schlug Verf. folgendes Verfahren ein: In der Erwägung, dass es von Bedeutung wäre, dem Kranken in anschaulicher Weise zum Bewusstsein zu bringen dass zur Stimmbildung eine dauernde Annäherung der Stimmbänder bei gleichzeitiger, über eine gewisse Zeit ausgedehnter Exspiration nothwendig sei, unternahm er den Versuch, dem Kranken seinen eigenen Kehlkopf zu zeigen, ihn also die Autolaryngoskopie ausführen zu lassen. Zuerst wurden dem Kranken naturgetreue Abbildungen des Kehlkopfinnern bei offener und geschlossener Glottis gezeigt, sodann wurde er darin unterwiesen, während der laryngoskopischen Untersuchung in einem am Reflector angebrachten Spiegelchen seinen eigenen Kehlkopf zu sehen. Am einfachsten geschah dies in der Weise, dass der Kranke einen gewöhnlichen, möglichst grossen Kehlkopfspiegel in die Hand nahm und während der Untersuchung so an den Reflector anlegte, dass er sein eigenes Kehlkopfbild auffing. Nachdem der Kranke nun über die für die Phonation nöthige Stellung der Stimmbänder und Art der Exspiration belehrt war, gelang es ihm bereits nach zwei Sitzungen, einen klangvollen, wenn auch noch schwachen und tiefen Ton, etwa wie „o“, klingend hervorzubringen. Er wurde nun angewiesen, dieses o zu Hause fleissig zu üben, am nächsten Tage gelang es, das o in Verbindung mit einem Consonanten, was er zuerst nicht fertig brachte, also die Silben mo, go etc. hervorzubringen. Von o ging es zu a, weiter zu e und zuletzt zum i, wobei das autolaryngoskopische Kehlkopfbild immer mithalf. Nach kaum 14 Tagen vermochte der Kranke alle Worte laut und deutlich zu sprechen, insbesondere vorzulesen, jedoch war die Stimme noch etwas schwach und mässig heiser. Es wurden nun noch einige Tage Gesangsübungen mit dem Kranken vorgenommen, wodurch die Stimme volle Kraft und Reinheit gewann, so dass der Kranke als völlig geheilt in seine Heimat entlassen werden konnte. Es ist also, wie der mitgetheilte Fall lehrt, mit Erfolg möglich, zur Herbeiführung richtig coordinirter Stimmbandbewegung durch eine in einfacher Weise ausgeführte Autolaryngoskopie den Gesichtssinn heranzuziehen.

255. ***Eine aus der Nase entfernte diphtheritische Pseudomembran.*** *Von Prof. **J. Bókai.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte zu Budapest. 27. Januar 1894. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 6.)*

Vor 4 Wochen wurde Verf. zu einem 2jährigen Kinde gerufen, bei dem nebst der Rachendiphtherie auch die diphtheritische Erkrankung der Nasenschleimhaut vorhanden war. Mit Hilfe des Reflectors konnte man in der Tiefe der Nasengänge einen Pfropf von Pseudomembranen und zu beiden Seiten des Septums Fibrinablagerungen erblicken. Die Ausspritzung der Nase mittelst eines Kautschukballons hat eine imposante Pseudomembran zu Tage gefördert. Die Pseudomembran bildet sozusagen einen vollständigen



Abdruck der beiden Hälften des Nasenraumes; die beiden Theile sind durch eine kleine Fibrinmembran überbrückt, letztere dürfte hinter dem Septum zu Stande gekommen sein. Nach Entfernung der Pseudomembran wurde die Athmung leicht; trotz wiederholter Ausspritzungen mit einer 12%igen lauen Borlösung hat sich die Pseudomembran neugebildet und das Kind ging nach Kurzem an Sepsis zu Grunde. Verf. betont die Wichtigkeit der Nasenuntersuchung und die Nothwendigkeit localer Ausspritzungen. Manchmal gelingt es, sehr schwere Fälle von Diphtheritis narium durch energische Ausspritzungen der Heilung entgegenzuführen. Das theoretisch construirte Bedenken einer eventuellen infectiösen Otitis media als Folge der Ausspritzungen hat sich in der Praxis als unbegründet erwiesen.

256. ***Schwund eines Larynxtumors bei einem Kinde.*** *Von Dr. **Max Thorner**. (Arch. internat. de laryng. — Deutsche med. Wochenschr. 1894. 46.)*

Bei einem 3½jährigen Mädchen war seit 1½ Jahren eine stets zunehmende Heiserkeit, welche in vollständige Stimmlosigkeit übergegangen war, beobachtet worden. Es bestand auch beträchtliche Athemnoth. In der Mitte des linken Stimmbandes sass in der Grösse einer halben Erbse eine Geschwulst am Rande breit auf; übrigens bestand eine heftige frische Entzündung des Kehlkopfinnern, woraus sich die Athemnoth erklärte. Nachdem unter geeigneter Behandlung die Entzündung beseitigt war, wurde das Kind entlassen, um erst in späterer Zeit operirt zu werden. In den nächsten vier Jahren trat keine bemerkenswerthe Veränderung an der Geschwulst auf; die Stimme war stark heiser. Dies verschwand, nachdem das Kind den Keuchhusten überstanden hatte. An Stelle der Geschwulst fand Verf. am Stimmbande eine spindelförmige Verdickung. Es lag hier also eine der seltenen Selbstheilungen vor, die augenscheinlich durch die heftigen Hustenanfälle bewirkt worden war.

Dermatologie und Syphilis.

257. ***Clavi syphilitici.*** *Von Prof. Dr. **G. Lewin**. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893.)*

Unter Clavi syphilitici versteht Verf. die bei Syphilitischen auf den Handflächen und Fusssohlen vorkommenden, mehr oder weniger über das Hautniveau prominirenden, hornartig anzusehenden und anzufühlenden, bald von einem Schuppenkranz umgebenen, bald mit Schuppen bedeckten, den vulgären Hühneraugen ähnelnden Gebilde. Die Grösse der Clavi schwankt von der eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Linse. Ihre Form ist meist kreisrund, zuweilen oval, selten mehr länglich. Die Horngebilde liegen in der Haut eingekeilt, ragen nie convex über die Hautoberfläche hervor, sondern sind im Gegentheil auf ihrer Oberfläche etwas ausgehöhlt. Die umgebende Haut bildet meist einen rothen Hof; zuweilen findet sich eine Art Schuppenkranz in der Circumferenz. Die Consistenz



der Clavi ist am Anfang weich, wird allmälig härter, schliesslich hornartig. Aeltere Gebilde lassen sich, wenn sie herausgeschält sind, wie Cement zerbröckeln. Meist entwickeln sich die Clavi auf der Vola manus, seltener auf der Planta pedis, zuweilen auf den Volar- und Seitenflächen der Finger. Diejenigen Stellen, an denen die gewöhnlichen Hühneraugen vorzukommen pflegen, zeigen keine Prädilection. Die Entwicklung der Clavi beginnt mit der Bildung eines erythematösen Fleckes, der allmälig dunkler bis braunroth wird. Die auf demselben liegende Epidermis verdickt sich und nimmt schliesslich die geschilderte Beschaffenheit an. Die Clavi machen nur wenig objective und subjective Symptome. Im Gegensatz zu den gewöhnlichen Hühneraugen machen sie keine Schmerzen und behindern auch nicht die Bewegung der afficirten Glieder. Nur selten wurde über Krümmen, Jucken, Stechen geklagt. Die differentielle Diagnose ergibt sich aus den Symptomen. Der diagnostische Werth der Clavi ist naturgemäss wie der jedes einzelnen Symptoms der Syphilis kein absoluter. Nichtsdestoweniger wird der Befund von Clavi die Frage nach dem Vorhandensein der Syphilis in einzelnen Fällen im positiven Sinne beantworten lassen. Aus den 28 vom Verf. beigegebenen Krankengeschichten ist hervorzuheben, dass die Clavi sich bei allen Ständen finden, dass insbesondere keine Disposition der von der Arbeit ihrer Hände lebenden Stände vorhanden ist. Wie die Syphilis in ihren Frühformen bei Individuen im Alter von 20—30 Jahren auftritt, so ist es auch bei den Clavi der Fall. Die Clavi gehören zu den Frühformen der Syphilis, nur in 2 Fällen traten sie gemeinsam mit Knochenaffectionen auf. Die Therapie der Clavi ist natürlich die der Syphilis überhaupt. Sie gehören zu den verhältnissmässig leicht und schnell schwindenden Symptomen, da sie durchschnittlich nach 17 Sublimatinjectionenen, also nach 0·204 Sublimat, geschwunden waren. *O. R.*

258. ***Die Behandlung der Psoriasis durch innerliche Darreichung von Schilddrüsenextract.*** *Von Dr. **Byron Bramwell**, Edinburg. (Brit. med. Journ. 28. October. 1893. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 2.)*

In der letzten Sitzung der British Medical Association, Section für Dermatologie, brachte Verf. einige sehr interessante Mittheilungen über seine Ergebnisse der Behandlung der Hautkrankheiten mit Thyroidextract. Er hatte nämlich bei der innerlichen Darreichung dieses Mittels in Fällen von Myxödem und ähnlichen Zuständen stets eine sehr reichliche Abschuppung der Haut, speciell an den Hautflächen und den Fusssohlen, constatiren können. Es war ihm auf diese Weise der Gedanke gekommen, dass, wenn dieses Extract bei so hartnäckigen Affectionen eine solche Desquamation zu erzeugen im Stande sei, es sicherlich auch zur Bekämpfung gewisser Hautkrankheiten sich als nützlich erweisen könnte. Er wandte daher das Mittel bei 3 Patientinnen der Royal Infirmary zu Edinburg an, und zwar mit sehr gutem Erfolge. Neben diesen 3 Fällen hat Verf. das Mittel bei mehreren anderen, allerdings leichteren Fällen von Psoriasis angewandt. In einem derselben, wo gleichzeitig Epilepsie bestand, wurde während der Darreichung des Extractes auch Bromkalium in ziemlich hohen Dosen verab-



reicht. Hier blieb das Thyroidextract ohne Wirkung. Ob dies vom Bromkalium herrührt, will Verf. nicht entscheiden. Bei einem anderen Falle recidivirte die Krankheit mehrmals. Dies sind unter allen seinen Fällen seine einzigen beiden Misserfolge. Er hält es somit für sehr indicirt, das Mittel bei diesen hartnäckigen Hautaffectionen anzuwenden.

259. ***Ein sehr merkwürdiger Fall von universellem Herpes Zoster.*** *Von* ***P. Colombini.*** *(Commentario clinico delle malattie cut. e genito-urin. Siena 1893. 1—4. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 6.)*

Der ungewöhnlich seltene Fall von Herpes zoster dürfte vielleicht geeignet sein, neues Licht auf die Aetiologie der Zona überhaupt zu werfen. Ein 30jähriger Bauer erkrankte an Malaria, nachdem er bereits vor 2 Jahren eine Sumpffieberattake durchgemacht hatte. Vierzehn Tage nach Beginn der nicht behandelten Tertiana traten äusserst heftige Neuralgien in den Wangen, an der Zunge und am ganzen Kopfe auf, die dann auch in den Extremitäten und am Rumpfe erschienen. Vier Tage nach Beginn der Neuralgien schossen am ganzen Körper unter heftigem Brennen der Haut Knötchen auf, die Bläschen bekamen, welch letztere eiterigen Inhalt annahmen und sich in der Localisation den Verbreitungsbezirken der Nerven anschlossen. Dabei bestand remittirendes Fieber zwischen 40 und 38·5°. Ausserdem war eine enorme Hyperästhesie der Haut vorhanden. Die Herpesbläschen traten dann auch auf der Schleimhaut der rechten Wange, des Zahnfleisches, der Zunge, im Bereich des harten Gaumens und der Conjunctiva des rechten Auges auf. Einzelne der Pusteln bekamen sogar hämorrhagischen Inhalt. Der weitere Verlauf war ganz der eines Herpes Zoster. Noch 2 Monate lang nach der völligen Abheilung bestanden heftige Neuralgien. Aus dem Inhalt der Bläschen züchtete Verf. den Staphylococcus pyogenes aureus nahezu in Reincultur. In den hämorrhagischen fanden sich die Malariaplasmodien in den rothen Blutkörperchen; dieselben waren ebenfalls im Blute des Patienten und schwanden nach Chiningebrauch. Dieser echte Fall von Herpes Zoster ist sowohl durch die enorme Intensität der Erscheinungen, als auch die Verbreitung über die ganze Haut und einzelne Schleimhäute, sowie durch seine Malariaätiologie und den Nachweis der Plasmodien in den Bläschen gewiss ganz besonders geeignet, Interesse zu erregen.

260. ***Behandlung des Lupus mit Pyrogallol.*** *Von* ***Dr. Veiel.*** *(Berl. klin. Wochenschr. 1893. 39. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1893. 21.)*

Das lupöse Gewebe muss zunächst vollständig zerstört werden, entweder mechanisch durch Scarificationen oder Abschabung, oder mit dem Thermocauter, oder durch Application von Aetzkali, Höllenstein, Pyrogallolsalbe 10%. Die Behandlung mit Pyrogallol wird folgendermassen geleitet: Man legt auf die kranken Stellen einen Verband mit 10% Pyrogallolvaselinsalbe an. Der erste Verband bleibt 2 Tage liegen, vom 3. Tage ab wird der gleiche Verband täglich einmal erneuert. Es ist rathsam, bei dieser Behandlung die umgebende gesunde Haut durch Zinkpflaster zu schützen,



da Pyrogallol eine sehr schmerzhafte Reizung der gesunden Haut hervorruft. Auffallend rasch lösen sich unter diesem Verbande die Aetz- und Brandschorfe ab und es bleibt eine schmierige, graue hässliche Wundfläche zurück. Am 4. oder 6. Tage pflegt die Application der starken Pyrogallolsalbe meist sehr schmerzhaft zu werden, so dass in manchen Fällen Morphiumeinspritzungen nöthig werden. Da der Schmerz bei Luftzutritt besonders stark ist, so muss man dafür sorgen, dass der Verbandwechsel möglichst rasch vor sich geht. Tritt die oben erwähnte Schmerzhaftigkeit auf, so ist es Zeit, die starke Salbe für eine schwächere zu verlassen. Diese 1—2% Salbe zerstört zwar das lupöse Gewebe noch, hindert aber nicht die Bildung gesunder Granulationen. Ist einmal die Granulationsfläche gebildet, so kann man zu einer noch schwächeren Salbe (0·5—0·2%) übergehen. Die Heilung erfolgt nach dieser Methode sehr langsam, dagegen werden die Narben so weich, so schön und so glatt wie bei keiner anderen Behandlungsweise. Die Heilung kann man durch Transplantationen nach *Thiersch* beschleunigen. Der Urin muss während der ganzen Behandlungsdauer stetig beobachtet und die Pyrogallolbehandlung sistirt werden, sobald Albuminurie oder Hämaturie eintritt.

261. ***Fall von Lupus der Nase.*** *Von Dr. D. W. Montgommery. (St. Louis med. and chir. Journal. 1893. Februar. — Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXVI, pag. 444.)*

Der von Verf. mitgetheilte Fall von Lupus des rechten Nasenflügels verdient insoferne Interesse, als er der Diagnose grosse Schwierigkeiten machte. Der Pat., 42 Jahre alt, hatte vor 16 Jahren ein Geschwür hinter der Corona glandis und bemerkte vor 4 Monaten 2 Bläschen am rechten Nasenflügel, die sich rasch in Geschwürchen mit steilen, wie mit dem Locheisen herausgeschlagenen Rändern und mit schmutzig-grauem Grunde verwandelten. Pat. wurde erfolglos antisyphilitisch behandelt, vielmehr unterminirten die Geschwüre die zwischen ihnen gelegene Haut. Als diese Hauptbrücke excidirt war, zeigte sie mikroskopisch ein deutliches Hineinwuchern des Epithels in die Tiefe. Trotz hohen Gaben Jodkali brach das Geschwür die Nasenhöhle durch, worauf ein dreieckiges Stück mit der kranken Stelle herausgeschnitten wurde. Mikroskopisch fand sich dasselbe wie bei der Probeexcision: epitheliale Infiltration, die sich von der bei Epithelien nicht unterscheiden liess, und ausserdem diffuse, entzündliche Infiltration des Bindegewebes, wie es ebenfalls oft bei Krebs vorkommt. Acht Wochen, nachdem der Pat. sich zuerst gezeigt hatte, erschien auf der Narbe ein Schorf, und als dieser abgehoben war, lagen zwei Geschwüre darunter, die genau wie die früheren aussahen. Diesmal wurde ein grösseres Stück Gewebe entfernt. Bei der mikroskopischen Untersuchung desselben fanden sich Tuberkel und *Langhans*'sche Riesenzellen. Verf. machte darauf aufmerksam, dass dieser Fall zur Illustration der Angabe verschiedener Pathologen dient *(Klebs, Councilman, Karg)*, dass bei Granulomen, besonders Lupus, die Epithelzellen oft in das unterliegende Bindegewebe hineinwuchern, so dass an einigen Stellen histologisch der Process genau einem Epitheliom gleicht. *Karg* hat jüngst wieder einen solchen Fall veröffentlicht.



262. ***Behandlung der Cystitis mittelst Sublimat.*** *Von* ***Guyon.*** *(Annal. gén.-urin. 1882. — Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXVI, pag. 485.)*

Die Beobachtung erstreckt sich im Ganzen auf 26 Fälle, von denen 10 mit Spülungen und 16 mit Instillationen behandelt wurden. Die Spülungen geben im Ganzen bedeutend schlechtere Resultate als die Instillationen und Verf. sucht die Ursache für dieses Verhalten in den Fehlern der Spülungsmethode. Die vermehrte oder verminderte Miction steht durchaus im Zusammenhang mit der kleineren oder grösseren Capacität der Blase. Das Volum ist aber wieder von dem Sensibilitätszustand, respective der Entzündung abhängig und es leuchtet daher leicht ein, warum so häufig nach Spülungen bei acuter Cystitis und kleinem Blasenlumen mit gewaltsamer Dehnung der Blasenwand statt Besserungen Verschlimmerungen eintreten. Bemerkenswerth ist ferner, dass die behandelten tuberculösen Cystiden (10 an Zahl) die Sublimatinstillationen vortrefflich vertrugen, im Gegensatz zu dem Verhalten gegen alle anderen Mittel, insbesondere gegen das sonst so treffliche Argentum nitricum. Fünf dieser Fälle wurden sehr gebessert. Was die Technik der Instillationen anlangt, so warnt Verf. entschieden vor starken Concentrationen des Sublimats. Die Stärke der Lösung soll bei Beginn der Behandlung nicht 1 : 5000 übertreffen und durchschnittlich auch in späteren Stadien 1 : 1000 nicht überschreiten. Alle Lösungen müssen ohne Alkohol hergestellt werden. Die Einspritzungen werden unmittelbar hinter dem Schliessmuskel gemacht, beginnend mit 20—30 Tropfen allmälig zu 4 Grm. mit gleichzeitiger Verstärkung der Lösung steigend. Die Blase muss vor der Instillation selbstverständlich leer sein. Spülungen sollten nur bei einer gewissen Toleranz der Blase Verwendung finden. Will man statt Sublimat Argentum nitricum (cave bei Tuberculose!) anwenden, so wird mit 10—15 Tropfen einer 2%igen Lösung begonnen und ziemlich schnell bis zur 5%igen gestiegen.

263. ***Verfahren bei Intoleranz gegen Jodkalium.*** *Von* ***Julien.*** *(Journ. d. malad. cut. et syph. 1893. — Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXVI, pag. 461.)*

Bei Gelegenheit der Discussion über *Nitot's* Frage, was man mit Luetikern machen solle, welche kein Jodkali vertrügen, drückt unter Anderem Verf. seine Ansicht darüber folgendermassen aus: Er selbst habe zu verschiedenen Malen und bei den verschiedensten Dosen an sich selbst die unangenehmsten und langdauerndsten Erscheinungen des Jodismus erfahren. Bei Leuten, die das Jodkali absolut nicht vom Magen aus vertrügen, räth er, es in Dosen von 1—2 Grm. zweimal täglich per clysma in Milch zu geben. Sonst gibt er 10—30 Tropfen Jodtinctur in Wasser oder Wein, was vorzüglich vertragen würde. Ein anderes, sehr gut wirkendes und vertragenes Präparat sei das Jodol, welches er in Dosen von 0·1 bis fünfmal täglich gebe; diesem Präparat könne man in Pillen sehr gut Quecksilberpräparate, z. B. Hydrarg. salicyl., beimischen und sogleich die combinirte Behandlung insceniren.



Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

264. ***Die Gewinnung der Blutantitoxine.*** *Von Stabsarzt Dr.* ***E. Behring.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 48. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 51.)*

Für eine Reihe von pathogenen Bacterien ist es experimentell festgestellt, dass sie durch ihre Giftwirkung dem lebenden Organismus gefährlich werden. Aber auch bei einigen Krankheiten. deren Erreger zur Zeit noch unbekannt sind, liegt offenbar die Wirkung eines specifischen Giftes vor. Die rationelle Therapie ist bestrebt, für derartige Krankheiten giftwidrige, antitoxische Mittel aufzufinden. Gewisse Thiere besitzen gegen gewisse Krankheiten schon von Natur einen Giftschutz. „In diesem Falle ist der Giftschutz bedingt durch eine Unempfindlichkeit solcher Organe gegenüber dem Gift, die bei giftempfindlichen Individuen mit Krankheitserscheinungen auf das Gift reagiren. Diese Giftunempfindlichkeit ist vererbbar.“ Dem gegenüber steht der erworbene oder künstlich hervorgerufene Giftschutz. Anfangs wurde beim Studium des schnellerworbenen Giftschutzes (z. B. gegen Tetanus) nur constatirt, dass er mit einer Aenderung der Blutmischung (Auftreten von Antitoxin im Blute) in Zusammenhang steht. Weiterhin aber hat sich Verf. davon überzeugt, dass auch das ursprünglich bei einem Individuum vorhandene Mass von Empfindlichkeit durch die specifische Giftbehandlung eine Aenderung erfährt. Demnach zeigt Tetanusgift nach Einführung in den Organismus von Individuen. welche überhaupt für dasselbe empfänglich sind, drei Reihen von Wirkungen: „Erstens die besondere Art von Krankheitserscheinungen, welche wir unter dem Bilde des klinischen Tetanus oder abgeschwächter Formen desselben kennen. Zweitens die Production von Tetanusantitoxin im Blute. Drittens eine Veränderung in der Empfindlichkeit lebender Theile des Körpers gegenüber Tetanusgift.“ Das Verhältniss der beiden letztgenannten Effecte zu einander ist von wesentlichem Interesse für die Gewinnung der Blutantitoxine. Die Quantität des Antitoxins im Blute von Thieren, welche durch Giftbehandlung immunisirt worden sind, correspondirt nicht derart mit dem Giftschutz, wie es der Fall sein müsste, wenn die erworbene Immunität ausschliesslich durch die antitoxische Wirkung des Blutes bedingt würde. Mit der Zeit schwindet das Antitoxin aus dem Blute; trotzdem bewahren bisweilen die Versuchsthiere einen so hohen Grad von Giftschutz, dass es zur Unmöglichkeit wird, sie durch erneute Giftgaben zur Reaction und somit zu nennenswerther Antitoxinproduction anzuregen. In diesen Fällen reicht die antitoxische Eigenschaft des Blutes zur Erklärung der Immunität nicht aus, und Verf. nimmt für dieselben an, dass „lebende Theile des Organismus, die vorher giftempfindlich waren, jetzt unempfindlich geworden sind“ und „erklärt damit diese Art des Giftschutzes für die gleiche, wie sie die von Natur giftunempfindlichen Individuen besitzen“. Diese „Gewebsimmunität“. wie Verf. sie bezeichnet, will streng geschieden sein von der „Antitoxinimmunität“. Letztere kann in reiner Form durch Injection fertiger Antitoxine hervorgerufen werden, ist durchaus transitorischen Charakters und nicht mit dem männlichen Samen



auf die Nachkommen übertragbar. Nach Ausscheidung des eingeführten Antitoxins erweist sich die ursprüngliche Giftempfindlichkeit der Versuchsthiere völlig unverändert. Verf. hält mit der Gewebs- und Antitoxinimmunität noch nicht alle Arten des Krankheitsschutzes für erschöpft; um nun im Allgemeinen diejenige Immunität, welche durch einen besonderen Zustand der Gewebe bedingt ist, von der zu trennen, die auf besonderen Mischungsverhältnissen des Blutes beruht, bringt er die Bezeichnungen hämatogene und histogene Immunität in Vorschlag. Im Gegensatz zu der Entstehung von Gewebsimmunität, d. h. Gewebsunempfindlichkeit, hat Verf. aber auch als Effect der Giftbehandlung unter Umständen ein Ueberempfindlichwerden der Gewebe constatiren können. Den ersten Hinweis auf die Existenz einer Ueberempfindlichkeit fand er in dem Umstande, dass bisweilen die Versuchsthiere weit mehr Antitoxin producirten als bei dem ursprünglichen Stande ihrer Empfindlichkeit zur Paralysirung des eingeführten Giftes erforderlich war. „Das Allermerkwürdigste aber ist, dass solche Thiere, die unter dem Einfluss der Giftbehandlung so überempfindlich werden, gleichzeitig ein Serum liefern können, welches in sehr hohem Grade antitoxische Eigenschaften zeigt." Die genaue Feststellung der Bedingungen, unter denen das eine Mal Unempfindlichkeit, das andere Mal Ueberempfindlichkeit durch die Giftbehandlung erzielt wird, verlangt noch weiteres Studium. Immerhin ist die praktische Bedeutung dieser merkwürdigen Verhältnisse für die Heilserumgewinnung nicht zu unterschätzen, wie auch aus den Schlussworten des Verf. hervorgeht: „Ich vermeide nach Kräften das Immunwerden meiner Versuchsthiere und versuche statt dessen so lange als möglich dieselben reactionsfähig zu erhalten, um durch sehr zahlreiche Reactionen die Antitoxinproduction sehr lange anregen zu können. Es ist diese Methode mühsamer und langwieriger, als die früher von mir eingeschlagene, es scheint aber, als ob sie die lohnendere ist für die Gewinnung von kräftigem und reichlichem Heilserum."

265. ***Ueber den Nachweis spärlich vorhandener Cholerabacillen.*** *Von Dr. **Arens.** Sitzungsber. d. physik.-medic. Gesellsch. in Würzburg. 1893.*

Verf verwerthete folgende Eigenschaften des Cholerakeimes bei seinen Untersuchungen: das Bestreben der Vibrionen an der Oberfläche verdünnter Nährmedien Häutchen zu bilden, die Indolreaction und die Vorliebe derselben für ausgesprochene Alkalescenz ihres Nährbodens. Er war bestrebt ein Mittel zu finden, das den Cholerakeimen die günstigsten Wachsthumsbedingungen schaffte und auf die im Wasser vorhandenen anderen Bacterien entweder vernichtend oder doch stark entwicklungshemmend wirkte. Ein solches fand er in der Kalilauge (*Heim* verwendete zum Alkalisiren Natronlauge). Als Nährboden benutzte er die von *Karlinski* angegebene Pancreasbouillon. Sämmtliche Versuche wurden bei Bruttemperatur angestellt. Zu jedem Versuch inficirte er ein Quantum sterilisirtes Wasser mit einer Oese einer Bouillon Reincultur und goss sofort Platten mit $^1/_2$ und 1 Ccm., um die Anzahl lebensfähiger Keime im Cubikcentimeter durch Zählung zu ermitteln. Von diesem inficirten Wasser gab er zu 175 Ccm. Leitungswasser



+ 25 Ccm. Pancreasbouillon + 1 Ccm. 10%ige Kalilauge, d. h. 0·05% 1 Ccm., also eine bestimmte Anzahl Cholerakeime. Auf dem inficirten Leitungswasser entwickelten sich zwischen 12 und 48 Stunden an der Oberfläche entweder Häutchen aus Choleravibrionen oder Choleravibrionen waren doch so zahlreich vorhanden, dass sowohl durch Uebertragung in 8—10fach verdünnte Pancreasbouillon die Indolreaction, als auch durch Isoliren auf der Platte die Diagnose gesichert werden konnte. Die Versuche begannen mit einem Keimgehalt von 35 Cholerakeimen und schlossen mit 2 Keimen und 1 Keim in 5 Ccm. Bis zu 6 Keimen im Cubikcentimeter gab die Gesammtmenge des Wassers noch eine deutliche Indolreaction. Um eine geringere Keimzahl als 6 im Cubikcentimeter zu erzielen, setzte er zu 3 Liter Leitungswasser 5, 4, 3, 2, 1 und $^1/_2$ Ccm. von sterilisirtem Wasser, das im Cubikcentimeter 1200 Keime enthielt; auf diese Weise bekam er im Cubikcentimeter der 3 Liter Leitungswasser einen Keimgehalt von 2 Keimen auf 1 Ccm. bis herab zu 1 Keim in 5 Ccm. 2 Keime auf 5 Ccm. konnte er beim Ansetzen mehrerer Proben immer wieder finden, bei einer geringeren Zahl schlugen die meisten Versuche fehl. Verf. zieht aus seinen Untersuchungen den Schluss, dass: I. durch Alkalisiren mit Kalilauge in 5 Ccm. 2 Cholerakeime im Leitungswasser noch mit Sicherheit nachgewiesen werden können, dass diese Zahl der unteren Grenze aber schon sehr nahe steht; II. unter Umständen auch noch 1 Keim in 5 Ccm. nachgewiesen werden kann, jedoch ohne bei einem negativen Resultat das Wasser für frei von Cholerakeimen erklären zu können; III. noch geringere Keimzahlen höchst selten wohl im Kampfe mit den Wasserbacterien, wenn auch nur vorübergehend, die Oberhand gewinnen können. *O. R.*

266. ***Die Tuberculose unter den Tischlern.***

Die Thatsache, dass im Jahre 1891 von den verstorbenen Mitgliedern der genossenschaftlichen Krankencasse der Tischler in Wien 74$^1/_2$% der Lungentuberculose erlegen waren, veranlasste die niederösterreichische Statthalterei, dem Gewerbeinspector für den Polizeirayon Wien aufzutragen, über diese auffällige Erscheinung Erhebungen zu pflegen und Vorkehrungen gegen die Verbreitung der Tuberculose unter den Arbeitern des Tischlergewerbes in Vorschlag zu bringen. Das Gewerbeinspectorat hat die erwähnte Thatsache vornehmlich in der häufigen Erkrankung der Lehrlinge begründet, für welche — namentlich für die aus der Fremde gekommenen — die geänderte Lebensweise, anstrengende Arbeit, Aufenthalt in stauberfüllter Luft, unzweckmässige Schlafräume, für den aufwachsenden Organismus oft unzureichende Nahrung u. m. A. Momente für die tuberculose Morbilität bilden, welcher die Lehrlinge selbst oder später die Gesellen häufig erliegen. Auch hat das Inspectorat eine Reihe von Vorkehrungen empfohlen. Auch das Wiener Stadtphysikat hat eine Aeusserung in dieser Angelegenheit abgegeben. Die niederösterreichische Handelskammer empfahl nun: Das Verbot des Schlafens der Hilfskräfte im Arbeitsraume, Einführung von Staubauffangungsvorrichtungen, wo dies möglich ist; Verbot der Verwendung ungenügend gekleideter Lehrlinge zum Lastenziehen bei schlechter Jahreszeit, sowie andererseits des Rauchens halbwüchsiger Bursche in den Werkstätten;



Verlängerung der Unterstützungsdauer für an Lungentuberculose erkrankte Arbeiter, insbesondere die Errichtung von Tuberculosenheimen, wodurch vornehmlich der Inficirung Gesunder seitens der Erkrankten Einhalt gethan würde. Hierzu sei aber unbedingt die Mithilfe des Staates erforderlich. Dr. *E. Lewy.*

267. ***Das Gewerbeeczem.*** *Von Dr.* ***Blaschke.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1892. 7. — Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1893.)*

Auf Grund der Beobachtung des Eczems bei Maurern, Malern, Bäckern, Wäscherinnen, Galvaniseuren, Polirern, Anilinarbeitern und Anderen ergab sich: 1. Nicht alle in dem betreffenden Beruf beschäftigten Personen erkranken an dem Eczem; ein mehr oder weniger grosser Bruchtheil bleibt dauernd verschont; 2. die Krankheit tritt in der Regel nicht sofort, sondern nach längerer Beschäftigung auf; 3. stärker wirkende Reize erzeugen wohl bei allen Arbeitern anfangs leichte Grade der Erkrankung, bei den meisten aber tritt bald Gewöhnung ein; 4. beim Aussetzen der Beschäftigung heilen in der Regel die Eczeme ab, um bei Wiederaufnahme der Arbeit entweder gar nicht, oder sofort, oder gelegentlich zu recidiviren; 5. Anamnese und Untersuchung ergaben bei den Patienten oft früheres Eczem, oft gleichzeitiges Bestehen eczematöser Herde örtlich und ursächlich von dem schädlichen Agens unabhängig; 6. in ihrem klinischen Bilde zeigen die von verschiedenen Agentien erzeugten Eczeme oft eine grosse Aehnlichkeit, in ihrem Verlaufe sind sie meistens chronischer Natur. Zur Entstehung der Eczeme gehören der äussere Reiz und eine gewisse Empfindlichkeit der Epidermis. Für einzelne Fälle erachtet er aber die Mitwirkung von mikroparasitären Eindringlingen als sehr wahrscheinlich, keineswegs aber für alle, wie dies *Unna* annimmt.

Dr. *Ed. Lewy.*

Literatur.

268. ***Ueber geistige Arbeit.*** *Von Dr.* ***Emil Kraepelin****, Professor der Psychiatrie in Heidelberg. Jena 1894. Verlag von Gustav Fischer. 8°. 26 S.*

Das vorliegende Schriftchen — vom Verf. als Vortrag gehalten — behandelt das interessante und für die Frage der Ueberbürdung der Jugend in der Schule grundlegende Thema über die Möglichkeit eines Masses für die Höhe der geistigen Kraftleistung. Während wir für die mechanische Kraftleistung mit dem Dynamometer einen zahlenmässigen Ausdruck finden, „sehen wir uns vergebens nach dem Massstabe um, den wir anlegen und nach der Einheit, in welcher wir die geistigen Werthe ausdrücken sollen“. Die Ausführungen des Verf.'s sind auf langjährige und ausgedehnte, nur zum Theile veröffentlichte Untersuchungen basirt. Die Zahl der Psychiatriker und Pädagogen, welche die Bearbeitung derselben Frage in Angriff genommen haben, ist noch eine sehr geringe, und Verf. trägt denselben eingehend Rechnung, namentlich wird auch die fruchtbare Arbeit *Burgerstein's*, „Die Arbeitscurve einer Schulstunde“, gewürdigt. Natürlich lässt sich gegen die Ausführungen des Verf.'s auch Manches einwenden. Einverstanden zum

Beispiel damit, dass die Abschätzung der allgemeinen geistigen Reife sich sicherer auf die andauernden Erfahrungen beim Unterricht gründet als auf die Ergebnisse einer Abschlussprüfung, finden wir es im Gegensatz zum Verfasser keineswegs als ein Unrecht, dass ein Schüler für die Universität nicht reif befunden wurde, „weil er in dem lateinischen Prüfungsaufsatze aus Versehen dreimal „ut" mit dem Indicativ construirt hatte". Nach unserer Auffassung war der Jüngling ebenfalls nicht reif. Wenn man 8—9 Jahre lateinische Grammatik treibt, dann muss man thatsächlich wissen, wann ut mit dem Conjunctiv und wann es mit dem Indicativ construirt wird. Wieso soll der Prüfende wissen, dass die unrichtige Construction „aus Versehen" geschah? Und ist das „aus Versehen" nach achtjähriger Uebung einer Regel nicht etwa ein Zeugniss geistiger Schwäche? Der betreffende Jüngling konnte vielleicht ein sogenanntes Genie partiel sein, er konnte später auf einem sehr beschränkten Gebiete — als Historiker, Morphologe, ärztlicher Specialist, Bacillenfärber — recht Verdienstliches, ja sogar Bedeutendes leisten, aber die gesammten geistigen Anlagen des Jünglings waren zur Zeit der Prüfung sehr bescheidene. Doch es wird auch eine Zeit kommen, wo man allgemein einsehen wird, wie viel sogenannte „geistige Arbeit" mit besonderer Zuhilfenahme des Sitzfleisches oder mit einer guten Anlage zum Handarbeiter (letzteres besonders auf dem Gebiete der Naturwissenschaften und der operativen Medicin) geleistet wird, und dann wird man die Frage discutiren können, ob es nöthig sei, vor der Zulassung zum Universitätsstudium den Menschen 12—14 Jahre lang im Schulzimmer zu halten, oder ob das Jugendalter nicht zweckmässiger für die körperliche und geistige Entwicklung nutzbar gemacht werden könnte. Dass Letzteres mit weniger Jugendunterricht ohne Beeinträchtigung der Höhe und Menge der geistigen Leistung eines Volkes zu erzielen möglich ist, lehrt uns das Beispiel Englands und mehr noch Amerikas! Doch das hochwichtige Thema hat mich verführt, die Grenzen einer „Anzeige" zu überschreiten. So schliessen wir mit dem Wunsche, die anregende Schrift *Kraepelin's* möchte bei den praktischen Aerzten, Psychiatern, Kinderärzten und Pädagogen die verdiente Berücksichtigung finden.

Loebisch.

269. ***Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel.*** *Einleitung in die Geschichte des Aussatzes. Von* ***G. N. Münch,*** *o. ö. Professor der Universität zu Kiew. Mit 2 Lichtdrucktafeln. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss. 1893, 8°. 167 S.*

Die vorliegende, Professor *Virchow* gewidmete historisch-medicinische Studie wird von allen Freunden historisch-medicinischer Forschung, namentlich aber von den Dermatologen mit grosser Befriedigung gelesen werden. Den Historiker wird die kritische Umsicht des Verf.'s, das reichlich benützte und vorsichtig verwerthete Quellenmateriale befriedigen und der Dermatologe wird neben der Geschichte der Zaraath auch schätzenswerthe Aufklärungen über die von den Völkern des Alterthums erwähnten und beschriebenen Dermatonosen erhalten. Die Annahme, dass Zaraath die Bedeutung Lepra habe, rührt von der Septuaginta her, welche eben das Wort Zaraath, dessen Stammwurzel sie in der hebräischen Sprache nicht auffinden konnte, aus Gründen, die Verf. darlegt, mit dem griechischen Lepra übersetzte. Die arabische Bibel übersetzt „Caras" — eine Krankheitsform, welche der griechischen Leuke (der Vitiligo alba der römischen Autoren) gleichbedeutend ist. Verf. gelangt zum Schlusse, dass die im 3. Buch Mosis,



Capitel XIII gegebene Gesetzordnung bezüglich der Zaraath die allerfrüheste classische Schilderung der Pjess'j Krankheit (Vitiligo) darbiete. Dass die Krankheit als „unrein“ betrachtet wurde, war eine directe Folge der religiös-theokratischen Anschauung über die Ursachen der Krankheiten überhaupt, besonders aber der Zaraathflecken, welche als für alle Welt sichtbare, in die Augen springende Merkzeichen einer Gesetzübertretung zu gelten pflegten — spricht also keineswegs dafür, dass Zaraath mit dem „Aussatz“ der Alten identisch sei. „Demnach bietet“ nach Verf. „die Zaraath mit der turkestanischen Pjess'j (also auch mit der Vitiligo) in jeder Beziehung — in medicinischer wie legaler — eine vollständige Identität dar. Auch die Krankheit Job's und die des Lazarus finden kritische Würdigung. *—sch.*

270. ***Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen.*** *Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von Dr. med.* ***P. Baumgarten,*** *o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen. VIII. Jahrgang 1892. I. Abtheilung. Braunschweig, Harald Bruhn, 1893.*

Der vorliegende VIII. Jahrgang des Jahresberichtes zeigt die Anordnung des Materiales und namentlich die kritische Behandlung desselben wie die früheren Jahrgänge. Es ist zu wünschen, dass Herausgeber und Mitarbeiter in der Kraft, das stets anwachsende Materiale zu bewältigen, nicht erlahmen und das fruchtbringende Werk mit der gleichen Freudigkeit wie bisher fortführen. Schon der erste Abschnitt „Lehrbücher, Compendien und gesammelte Abhandlungen“ macht uns mit einigen hervorragenden Erscheinungen der bacteriologischen Literatur bekannt. Die bisherigen Referate über Originalabhandlungen erstrecken sich auf 1. Coccen, 2. Bacillen, bis zum Beginn von 3. Spirillen. Druck und Ausstattung sind in gleicher Sorgfalt wie bisher gehalten. *—r.*

271. ***Dermatologische Zeitschrift.*** *Herausgegeben von Dr.* ***O. Lassar.*** *Bd. I. Heft 1. Mit 16 Abbildungen im Text, 2 litographischen Tafeln und 5 Tafeln im Lichtdruck. Berlin 1894. Verlag von S. Karger. Gr. 8°. 160 S.*

Die „Dermatologische Zeitschrift“, deren 1. Heft vorliegt, soll neben den bisherigen deutschen Organen der Dermatologie ein Archiv für Anatomie und Physiologie, Pathologie und Therapie der Haut, sowie für die Wissenschaft von den specifischen Infectionen im Allgemeinen bilden. Die Dermatologie hat in dem letzten Decennium in praktischer und theoretischer Richtung so viele neue Anhänger und Vertreter gewonnen, dass die „Eröffnung weiteren Raumes für Entfaltung der Kräfte“ keiner weiteren Begründung bedarf. Ueberdies will sich die neue Zeitschrift nicht nur von Dermatologen für Dermatologen verfasst, vielmehr als eine Theilerscheinung der gesammten Medicin darstellen. Den Inhalt des sorgfältig ausgestatteten 1. Heftes bilden: I. „Stand und Ziele der Dermatologie“ vom Herausgeber; II. „Die Pathogenese der Pemphigusblasen“ von Dr. *E. Kromayer,* Privatdocent für Dermatologie an der Universität Halle; III. „Das Angiokeratom“ von Dr. *Max Joseph* in Berlin; IV. „Zur Kenntniss der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien“ von Dr. *P. G. Unna* in Hamburg; V. „Doppelseitiger Nävus verrucosus (Nervennävus)“ von Dr. *E. Saalfeld* in Berlin; VI. „Ueber traumatische Epithelcysten der Finger“ von Professor Dr. *C. Garré,* I. Assistenzarzt der chirurgischen Klinik zu Tübingen; VII. „Ueber Tuberculose des Unterhautzellgewebes“ von Dr. *E. Wermann* in Dresden:



VIII. „Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Tuberculose, mit besonderer Berücksichtigung des Kreosots" (aus der medicinischen Universitätspoliklinik zu Leipzig) von Privatdocent Dr. *L. Friedheim*; IX. „Ueber die Behandlung des Lupus mit Tuberculin" (aus dem Institut für Infectionskrankheiten des Herrn Geheimrath Koch) von Dr. *H. Kossel*, Assistent am Institut; X. „Histologie der Schweissdrüsen" (aus dem physiologischen Institut der Universität Berlin) von Privatdocent Dr. *Benda*. Ausserdem: „Besprechungen und Notizen." *—r.*

Sitzungsberichte.

272. ***Aseptische Grundsätze in der Geburtshilfe.*** *Von* ***J. Veit.*** *(Nach dem Vortrage, gehalten in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 20. December 1893. — Berliner klin. Wochenschr. 1894. 3.)*

In der neueren Zeit sehen Sie in der wissenschaftlichen Geburtshilfe mehrfach Bestrebungen auftreten, welche sich mit einem gewissen Rechte unter dem Namen der Aseptik vereinigen lassen und sich den gleichen Grundsätzen in der Chirurgie und Gynäkologie innig anschliessen. Die Abweichungen, welche Ihnen ohne Weiteres auffallen, sind in der verschiedenen Natur der Fächer begründet: werden doch die wichtigeren Operationen der beiden letzteren Gebiete nur in wohlgeordneten Kliniken vorgenommen, während der Geburtshelfer in seiner Thätigkeit an das Haus mit allen seinen Schwierigkeiten gebunden ist. Wenn wir trotzdem den gleichen Namen für die im Detail scheinbar ganz abweichenden Bestrebungen beanspruchen, so geschieht es in der Ueberzeugung, dass der Grundsatz, unter allen Umständen zu vermeiden, pathogene Keime von aussen in die Genitalien der kreissenden Frau einzuführen, vollkommen in den Rahmen der modernen Bestrebungen hineinpasst.

Um die Gegensätze, welche hier zu Tage treten, kurz zu charakterisiren, so will vor Allem *Ahlfeld* auf Grund einer sehr sorgfältigen klinischen Arbeit den Nachweis erbringen, dass in gut eingerichteten Entbindungsanstalten die Selbstinfection die Hauptrolle in der Aetiologie puerperaler Erkrankungen spielt, und dass dementsprechend die Prophylaxe des Puerperalfiebers die Desinfection der Vagina und des Cervix jeder kreissenden Frau dringend erheische. Auf der anderen Seite sieht *Leopold* auch in seiner neuesten Publication die Hauptgefahr in den untersuchenden Händen und verlangt deshalb die Unterlassung jeglicher inneren Untersuchung, so lange keine Abnormitäten bestehen; ja er geht sogar so weit, dass er für die Leitung einer Geburt bei verengtem Becken zeigen will, was man ohne innere Untersuchung leisten kann. Derselbe aber verlangt eine Desinfection der äusseren Genitalien jeder Kreissenden, die so streng ist, dass die hiernach gegebenen Vorschriften des sächsischen Hebammenlehrbuches von den Leipziger Geburtshelfern direct als viel zu weitgehend bezeichnet werden. In einer Discussion endlich der Leipziger geburtshilflichen Gesellschaft wird z. B. von *Saenger* als das Ziel der Asepsis hingestellt, die chemische Desinfection der Hand zu unterlassen, und mit Recht betont dann hier *Zweifel*, dass, wenn der Begriff Asepsis hierin gesucht werden solle, in der Geburtshilfe kein Raum für dieselbe sei.

Sie werden mir zugeben, dass grössere Widersprüche kaum denkbar sind, und halten es daher vielleicht für nicht ganz unberechtigt,



wenn ich, selbst ein ausgesprochener Anhänger der Aseptik, auf Grund meiner Erfahrung in der geburtshilflichen Praxis, versuche, Ihnen die Grundsätze vorzuführen, welche zur Zeit für mich massgebend sind.

1. Die subjective Desinfection des Geburtshelfers kann nicht streng genug sein. Es ist ja völlig klar, dass zu jeder Methode hier ein gewisses Verständniss gehört. Die mechanische Säuberung mit Seife und der Bürste kann völlig unzureichend bleiben, wenn z. B. der Unternagelraum vergessen wird oder wenn gerade die Hand, welche nicht in den Genitalcanal eingeführt wird, auf Kosten der anderen energischer bearbeitet wird. Daher scheinen mir alle Bestrebungen, hierbei Vereinfachungen hervorzurufen, deshalb bedenklich, weil die Hebammen daraus sehr leicht die Veranlassung entnehmen werden, laxer in der Anwendung der Desinficientien zu werden, und das würde eine grosse Gefahr sein, der wir die Kreissenden aussetzen.

2. Die Desinfection der Kreissenden selbst zerfällt in die der äusseren Genitalien und in die der Scheide oder des Cervix.

(Fortsetzung folgt.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Kraepelin, *Dr. Emil*, Professor der Psychiatrie in Heidelberg. Ueber geistige Arbeit. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1894.

Neusser, *Dr. Edmund*, Professor der inneren Medicin an der Universität in Wien. Ueber Diagnostik und Therapie in der inneren Medicin. Antrittsvorlesung, gehalten am 20. October 1893. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau** kosten 36 kr. = 60 Pf.; **Einbanddecken** für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. **mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

273. *Zur Differentialdiagnose der Blasentumoren.*

Von Dr. Kummel,

Oberarzt der chirurg. Abtheilung des Marien-Krankenhauses in Hamburg.

(Aus des Verf's. „Ueber Geschwülste der Harnblase ihre Prognose und Therapie". Berliner Klinik. 1893. Mai.)

Eines der wichtigsten Symptome der Blasentumoren sind die Blutungen, doch gibt es verschiedene andere Erkrankungen der Blase, welche dieselben ebenfalls im Gefolge haben können. In differentialdiagnostischer Beziehung stellt Verf. in erster Linie die Prostata-Hypertrophie mit ihren, einen Blasentumor vortäuschenden Blutungen. Man wird an diese Quelle der Blutung stets bei vorhandenen nicht schwer zu diagnosticirenden Symptomen einer Prostata-Hypertrophie zu denken haben. Dabei bietet die Art der Blutung und ihre Farbe keinen diagnostischen Unterschied gegenüber den Blasentumoren; wenn es aber gelingt, der Blutung vorübergehend Herr zu werden, so dass die Cystoskopie in ihr Recht treten kann, sind vorhandene Zweifel leicht zu beseitigen und auch die Möglichkeit eines gleichzeitig neben der Prostata-Hypertrophie bestehenden Blasentumors bei negativem Befunde auszuschliessen. Das Carcinom der Prostata wird sehr bald durch die Palpation, durch Untersuchung mit dem Catheter oder Anderem mehr bestehende Zweifel beseitigen lassen.

Eine Verwechslung mit Blasentumoren kann in einzelnen Fällen durch Blasencatarrh veranlasst werden, und zwar speciell durch die durch gonorrhoische Infection bedingten subacuten Cystitiden. Verf. sah bei einem an chronischer Gonorrhoe leidenden Patienten eine Hämorrhagie am Ende der Urinentleerung auftreten und sich mehrfach wiederholen in einem Falle, in dem mit Sicherheit ein Blasentumor ausgeschlossen werden konnte.

Von noch grösserer Bedeutung als die gonorrhoische Cystitis scheint Verf. die nicht minder häufige tuberculöse Erkrankung der Harnwege zu sein; sie ist es, die uns sehr oft zu einer Verwechslung mit Blasentumoren veranlassen kann. Es sind natürlich nicht die weiter vorgeschrittenen Formen mit Complicationen von Seiten der Hoden und Nebenhoden oder weiter vorgeschrittene Nierentuberculose oder Mitbetheiligung weiterer Organe, sondern diejenigen Fälle, in denen die Blutung am Ende der Urinentleerung eines der ersten zu Tage tretenden Symptome der



Erkrankung bildet. Diese Blutungen, welche *Guyon* mit Recht mit einer Hämoptoë der Lungen vergleicht, treten ebenso wie die Blutungen bei Neubildungen ganz spontan ohne Schmerzen auf, nur ist öfter ein häufiger Urindrang damit verbunden. Verf. hat blühende junge Leute mit derartigen Symptomen gesehen und behandelt, bei denen die auf einen Blasentumor gerichtete cystoskopische Untersuchung einen vollkommen negativen Befund ergab, die mikroskopische Untersuchung dagegen den Nachweis von *Koch*'schen Bacillen lieferte und damit die Diagnose ausser allem Zweifel stellte. Zuweilen ist es auch durch die cystoskopische Untersuchung möglich, in der Mucosa der Blase tuberculöse Geschwüre zu erkennen. In keinem irgendwie zweifelhaften Falle von Blasencatarrh sollte man jedoch die Untersuchung auf Tuberkelbacillen unterlassen. Der überraschend häufige positive Befund beseitigt manchen diagnostischen Zweifel. Ulcerationen anderer Art als die auf carcinomatöser und tuberculöser Basis beruhenden, welche ebenfalls die Erscheinungen eines Tumors hervorrufen können, sind im Ganzen selten, kommen jedoch zweifellos vor; Verf. erinnert an einen von *Küster* beschriebenen Fall, in dem ein derartiger ulcerativer Process secundär zur Hypertrophie der Blasenwand geführt und dadurch selbst bei Digitaluntersuchung durch die eröffnete Blase ein Carcinom vorgetäuscht hatte.

Nicht häufig ist das Vorkommen von erweiterten Venen am Blasenhalse und im Fundus der Blase im Anschluss an einzelne Formen der Cystitis, besonders in höheren Lebensjahren. Das Bersten eines derartigen Varix kann zu ungemein heftigen Blutungen Veranlassung geben und sind derartige zweifellose Fälle mitgetheilt worden; öfter verbirgt sich jedoch unter der bequemen Diagnose der Blasenhämorrhoiden ein weit ernsteres Leiden. Ohne Cystoskop wird die Diagnose der der Varicen kaum möglich, mit Hilfe desselben jedoch bei klarem Blaseninhalt zu stellen sein.

Blutungen, welche bei Blasensteinen vorzukommen pflegen, sind meistens durch Bewegung hervorgerufen, verschwinden bald bei Ruhe und sind meist mit Schmerzen verbunden. Steinsonde und das Cystoskop geben auch darüber meist sicheren Aufschluss. Blutungen, auf parasitärer Basis durch Filaria sanguinis hervorgerufen, werden durch den Nachweis des Parasiten im Blute erkannt.

Eine Verwechslung mit Hämoglobinurie ist durch die mikroskopische Untersuchung des Urins leicht zu beseitigen. Die rothen Blutkörperchen erscheinen nicht im Urin und die rothe Färbung desselben rührt nur vom Hämoglobin her. Ferner sind die weiteren Symptome der Hämoglobinurie so charakteristisch, dass sie schon von vornherein eine fast sichere Diagnose gestatten. Was die Verwechslung mit Erkrankung der Niere anbetrifft, so kommen vor Allem hier die profusen Nierenblutungen in Betracht. Ein pathognomonisches Zeichen bilden vielfach die in den Ureteren gebildeten Gerinnsel, welche die Form derselben bis zur Entleerung beibehalten und vielfach mit Schmerzen in der Nierengegend einhergehen. Wenn an demselben Tage der Urin bald klar, bald blutig gefärbt ist, spricht dieses meistens mit grosser Wahr-



scheinlichkeit für eine Nierenblutung. Die mikroskopische Untersuchung des Urins weist durch den Nachweis von Blut oder Epithelcylindern vielfach auf den Sitz der Niere hin. Ein sehr wichtiges diagnostisches Moment bildet die durch eine genaue Palpation nachzuweisende Veränderung dieses Organs. Zu erwähnen wäre ferner noch der Catheterismus der Ureteren, welcher bei dem Manne mit sehr wesentlichen Schwierigkeiten verknüpft ist, bei der weiblichen Harnblase indess ohne erhebliche Mühe sich ausführen lässt. Wichtiger und sicherer ist auch hier wiederum die Cystoskopie, welche den Austritt von Blut aus einem der Ureteren unter günstigen Verhältnissen erkennen lässt und gleichzeitig angibt, welche der Nieren die leidende ist. Es ist schon in mehreren Fällen eine zweifelhafte Diagnose dadurch sichergestellt worden.

Was den Sitz des Tumors anbetrifft, so kann derselbe durch die Cystoskopie öfter festgestellt werden. In einzelnen Fällen kann man durch die plötzliche Unterbrechung des Urinstrahles, ebenso wie zuweilen bei Steinen auf einen gestielten, nahe am Blasenhals sitzenden Tumor schliessen, welcher den Ausgang der Harnröhre verlegt. Grössere Geschwülste der hinteren Wand, welche mit Infiltration derselben einhergehen, können durch die Palpation per rectum nachgewiesen werden.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

274. ***Ueber die nervösen Erscheinungen der Rhachitis.*** *Von Dr. Koloman Szegö. Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 27. Januar 1894. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 6.)*

Ausser der allgemeinen nervösen Reizbarkeit, die sich zu Beginn der Rhachitis bemerkbar macht, sind auch Störungen innerhalb umschriebener enger Grenzen der Nervensphäre zu beobachten. Zu diesen — ausnahmslos — motorischen Erscheinungen zählt der Glottiskrampf, Eclampsie, Tetanie, Spasmus nutans und Nystagmus. Die Zusammengehörigkeit der rhachitischen und nervösen Symptome geht auch aus der Statistik des Stephanie-Kinderspitals hervor; das periodische Auftreten der Erscheinungen fällt nämlich auf dieselben Monate; innerhalb der letzten 2 Jahre waren unter 23.116 0—4 Jahre alten Kindern 2500 rhachitisch, die meisten im Alter von 5—16 Monaten. Zwei Drittel der Erkrankungen fiel stets auf die erste Jahreshälfte, somit auf eine Zeit, wo der allgemeine Krankenverkehr gerade geringer war. Glottiskrampf war in 241 Fällen vorhanden, davon nur 19mal in den Monaten von Juni bis November, dem Alter nach meist im 5.—11. Monate. Von den Krampfformen ist der mit exspiratorischer Apnoe verbundene Exspirationskrampf der gefährlichste, weil er leicht zur eclamptischen Asphyxie oder reinen Asphyxie und zum Tode führen kann. Wenn die Athmungspause längere Zeit anhält, können sich allgemeine Krämpfe (Eclampsie) entwickeln, die in der stetig zunehmenden Reflexdisposition des rhachitischen Säuglings und in den mit dem Alter des Säuglings zunehmenden Schädlichkeiten ihre Erklärung finden. Afebrile Eclampsie wurde 115mal



beobachtet — stets im Anschlusse an Rhachitis — und jedesmal war, 8 Fälle ausgenommen, der laryngospastische Anfang nachzuweisen. Von den 115 Fällen fielen 106 auf December bis Juni, 68·6% auf den 5.—8. Monat, der zweitgrösste Theil auf den 8.—11. Monat. Tetanie wurde innerhalb 2 Jahre 16mal — 11mal in den ersten 4 Jahresmonaten — beobachtet. Die Kinder waren meist im zweiten Lebensjahre und rhachitisch. Die für den Erwachsenen charakteristischen *Chvostek-*, *Trousseau-* und *Erb*'schen Erscheinungen waren auch da aufzufinden, manchmal bei Rhachitis ohne manifeste nervöse Erscheinungen. Die Facialiserscheinung war unter 205 Fällen florider Rhachitis 104mal, *Trousseau* 26mal und beide Erscheinungen zugleich 46mal vorhanden. Von den 250 litten 160 an Laryngospasmus, von diesen zeigten 83 die Facialiserscheinung, 18 die *Trousseau*'sche und 25 beide Erscheinungen zugleich. Der Patellarreflex ist bei Rachitis ebenfalls bedeutender gesteigert. Spasmus nutans und Nystagmus sind seltenere Formen rhachitischer Neurose. Das völlige Wegbleiben von Nystagmus wurde in einem Falle nach einigen Monaten beobachtet.

275. ***Zur Casuistik der Tuberculose im Kindesalter.*** *Von Dr.* ***Goldschmidt****, Nürnberg. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 52. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 12.)*

Verf. berichtet über drei Fälle von Tuberculose im Kindesalter, bei denen die Localisation eine derartige war, dass „die Uebertragung durch Infection oder Fütterung ausgeschlossen und eine intrauterine Uebertragung mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden darf". Im ersten Falle bei einem 1¼ Jahre alten Kinde, welches von beiden Eltern hereditär stark belastet war und über beiden Lungen die Erscheinungen eines starken Catarrhs darbot, ergab die Section in den Unterlappen, die locker mit der Bauchwand verwachsen waren, zahlreiche bronchopneumonische Herde und zahllose miliare Tuberkel und Schwellung der Bronchial-, Mediastinal- und Mesenterialdrüsen, die zum Theil verkäst waren. In der Furche, wo das Ligamentum teres in die Leber eintritt, fand sich in der Substanz der Leber ein etwa erbsengrosser gelber, aus kleinen Knötchen zusammengesetzter tuberculöser Herd. Da nun das Ligamentum teres die Vena umbilicalis enthält, welche dem Kinde das zur Ernährung und Athmung nothwendige Blut zuführt, so ist kein Zweifel, dass die Infection intrauterin auf das Kind übergegangen ist und sich hier festgesetzt hat, weil die Circulation hier eine sehr langsame ist. Im zweiten Falle handelte es sich um ein 7monatliches Kind von nur 3800 Grm. Die Section ergab auch hier ausser zahlreichen tuberculösen Herden in den Lungen und im Darm an der Eintrittsstelle des Ligamentum teres einen hirsekorngrossen Tuberkel, in welchem Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Da sich in der Leber sonst keine Tuberkel fanden, ist es wahrscheinlich, dass auch hier die Bacillen mit dem Nabelvenenblut in den Körper des Kindes gelangt sind. Mit Gewissheit ist der dritte Fall auf intrauterine Infection zurückzuführen, wo bei einem fünfwöchentlichen Kinde die Section zahlreiche grössere Tuberkel theils in käsigem Zerfall in beiden Lungen, Miliartuberculose der Bronchialdrüsen, der Leber, Milz,

Nieren und käsige Infiltration der Mesenterialdrüsen ergab. Die tuberculösen Veränderungen sprechen mit Sicherheit in diesem Falle für eine längere Dauer, als das Leben des Kindes betrug.

276. ***Ueber multiple Neuritis und acute aufsteigende Paralyse nach Influenza.*** *Von E. Leiden. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIV. Heft 1 u. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 13.)*

Nach einer Uebersicht der bisher beschriebenen Influenzanacherkrankungen im Gebiete des Centralnervensystems theilt Verf. einen Fall von multipler Neuritis nach Influenza mit, der in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerth ist. Nach undeutlichen Erscheinungen von Influenza trat bei der Patientin eine Nephritis haemorrhagica mit Retinitis ein. Auch war am Herzen ein lautes systolisches Geräusch hörbar. Unter lebhaftem Fieber entwickelte sich im Anschluss an die bestehenden Affectionen eine Polyneuritis. Die Fülle der Complicationen, welche die Diagnose erschwerte, wurde noch durch das Bestehen starker Oedeme vermehrt, die Verf. auf die die multiple Neuritis begleitende Myositis zurückführt. Die Nephritis wie das Fieber zeigten mehrfache unregelmässige Recrudescenzen, die Verf. auf die Influenzainfection schiebt. Die Neuroretinitis haemorrhagica betrachtet er als Symptom der multiplen Neuritis. Unter einer hygienisch-diätetischen Behandlung genas Patientin. Die afficirten Nerven regenerirten sich langsam. Der zweite von Verf. mitgetheilte Fall ist eine *Landry*'sche Paralyse, die unter typischen Erscheinungen nach 4 Tagen zum Tode führte. Die Section ergab am Gehirn und Rückenmark makroskopisch nichts Abnormes. Die mikroskopische Untersuchung ergab in den peripherischen Nerven eine intensive Atrophie. Im Rückenmark erhob Verf. einen Befund, den er bereits zweimal bei der *Landry*'schen Paralyse beobachtet hat; eine entzündliche Schwellung der markhaltigen Nervenfasern, deren Achsencylinder erheblich verdickt ist, und zwar am stärksten ausgeprägt in den Seitensträngen des Dorsaltheils. Zwischen den vergrösserten Nervenfasern lagen kleinere comprimirte. Auch die *Deiters*'schen Zellen sind geschwollen. Verf. deutet diesen Befund als die ersten Anfänge einer Myelitis. Es fanden sich auch Veränderungen in der grauen Substanz und eine Quellung der Ganglienzellen der Vorderhörner. Die *Landry*'sche Paralyse stellt nach Verf. keinen einheitlichen Process dar, es sind vielmehr 2 Formen derselben zu unterscheiden: *a)* eine bulbäre Form, *b)* eine neuritische Form. Daraus erklären sich die bisher beobachteten symptomatischen Differenzen: einerseits das Intactbleiben, andererseits das Erlöschen der elektrischen Muskelerregbarkeit, ebenso die Erhaltung oder das Verschwinden der Sehnenreflexe, ferner die auf- oder absteigende Richtung in der Verbreitung der Affection. Gemeinsam ist beiden Formen der Tod durch Lähmung des respiratorischen Centrums in der Med. obl. Verf. stellt zur Begründung der bulbären Form die Fälle zusammen, in denen sich anatomische Processe in der Med. obl. oder aus tieferen Theilen dorthin fortgeschrittene myelitische Processe fanden. In diesen Fällen beginnt die Erkrankung oft mit der Schlundlähmung (Fall des berühmten französischen Zoologen *Cuvier*). Bei dieser Form ist das elektrische Verhalten und die Sensibilität intact im Gegensatz zu der neu-



ritischen Form der Paralyse. Die in dem von ihm mitgetheilten Falle vorhandenen neuritischen Veränderungen bringt Verf. mit den geschilderten anatomischen Processen im Rückenmark in Zusammenhang: es handelt sich also bei dieser Form um eine Polyneüritis, an welche sich ein parenchymatöser ödematös-entzündlicher Process im Rückenmark anschliesst, der bis zur Med. obl. aufsteigt und durch Lähmung derselben tödtet. Diese Natur des Processes erklärt auch das bisher wiederholt beobachtete, aber räthselhaft erscheinende Vorkommen von Heilungen der *Landry*'schen Paralyse.

277. ***Ein Fall von Myelitis acuta centralis.*** *Von Dr.* ***J. Mehrer****. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 45. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 6.)*

Ein 51jähriger robuster Mann, an einem heissen Tage längere Zeit einer Zugluft ausgesetzt, stürzte plötzlich unter Frostgefühl zusammen, ohne auch nur einen Augenblick das Bewusstsein zu verlieren. Trauma oder Ueberanstrengung haben nicht stattgefunden. Am Nachmittage desselben Tages in's Spital aufgenommen, zeigte sich vollständige Lähmung der oberen und unteren Extremitäten, ebenso von Blase und Mastdarm. Sensibilität an den oberen Extremitäten und der Volarfläche der unteren gestört, an der Dorsalfläche der letzteren aufgehoben. Temperatur 38·5, Puls 120. Pupillen gleich weit, prompt reagirend. In den zwei folgenden Tagen änderte sich das Bild zunächst nicht, nur trat in den oberen Extremitäten etwas Bewegungsfähigkeit auf. Temperatur 39·0, dann 40·0. Allmälig wurden aber auch die Athmungsmuskeln von der Lähmung ergriffen und am Mittag des dritten Tages trat unter asphyctischen Erscheinungen der Tod ein. Leider konnte eine Section nicht gemacht werden. Verf. stellt die Diagnose auf primäre acute Myelitis centralis und betrachtet, beim Mangel jeder anderen, die Erkältung als Entstehungsursache.

278. ***Ataxie mit Störung des Muskelsinnes in Folge von Infectionskrankheiten bei verschiedenen Individuen derselben Familie.*** *Von Dr.* ***L. Vanni****, Modena. (Rivista sper. di freniatria. 1893. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1894. Januar.)*

Bei einem 14jährigen Knaben traten im Anschlusse an eine schwere Pneumonie und Pleuritis eine starke Ataxie in allen Extremitäten auf. Aufgefordert, bei offenen Augen mit dem Zeigefinger die Nasenspitze zu berühren, traf er zuerst auf die Stirn oder die Lippen etc. Zu gleicher Zeit zeigte die objective Untersuchung, dass das Gefühl für Lage und Stellung der Glieder völlig fehlte, während hingegen alle anderen Sensibilitätsqualitäten, mit Einschluss des Kraftsinnes durchaus normal waren. Die Kniephänomene waren sehr schwach, die motorische Kraft dem Ernährungszustande entsprechend. Da die Pleuritis sich allmälig verschlimmerte, so trat bald der Tod ein. Was dem Falle besonderes Interesse verleiht, ist zunächst die reine Form acuter Ataxie mit alleiniger Störung des Muskelsinnes ohne Schädigung anderer Sinne, sodann die Thatsache, dass der Grossvater und dessen drei Schwestern, sowie der Vater desselben zu wiederholten Malen nach schweren Infectionskrankheiten dasselbe Krankheitsbild darboten (die genaue ärztliche Beobachtung des Vaters wird



mitgetheilt), welches nach Ablauf der Infectionskrankheit in wenigen Wochen heilte. Es handelte sich also hier um die Vererbung einer ganz speciellen Disposition des Nervensystems. Verf. glaubt nicht, dieses Symptom auf eine Störung der peripherischen Nerven zurückführen zu sollen, wenn aber auch keine andere Erklärung geben.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

279. ***Einige Momente bei der Behandlung der harnsauren Diathese.*** *Von F. E. **Stewart**, M. D. Ph. D. Vortrag in der therapeutischen Section des I. panamerikanischen Congresses. (The therap. Gaz. 1893. 18. December.)*

Verf. sah viele Fälle von Hypochondrie, Gicht, Glycosurie, Albuminurie, bei welchen im Harne viel Harnsäure und Oxalsäure gefunden wurde. Zwei Artikel von *Costa* (The Albuminuria and the Brights Disease to Uric Acid and Oxaluria) und *Haig* (Uric Acid as a Factor in the Causation of Disease) bewogen den Verf., sich mit der harnsauren Diathese näher zu beschäftigen. Einige Autoren halten die Harnsäure als Ursache der Glycosurie und des Diabetes mellitus. Verf. beobachtete zwei Fälle, deren Urin ein hohes specifisches Gewicht hatte, 1034 und 1035, beide hatten freie Harnsäure. Die Quantität derselben 24—25 Unzen oder über 750 Ccm. in 24 Stunden. Der Zuckergehalt 18—20 und 1—1·35 Gran. Nach zweiwöchentlicher Behandlung mit jodbromhaltigem Mineralwasser war der eine Fall geheilt, der zweite bedeutend gebessert. Die Beobachtungen *Pfeiffer's* in Wiesbaden, dass nach 20 Mineralwasserbädern von 93° F. Wärme bei Gichtikern der Gehalt an freier Harnsäure im Urin verschwand, wurden vom Verf. bestätigt. Er fand nach Verabreichung von 20 Bädern, dass der Gehalt an freier Harnsäure bis zu 50% verschwand und nur in Spuren nachweisbar wurde. Der Rest verbleibt oft noch längere Zeit in Combination mit einer Base. *Pfeiffer* meint, nur die Thermen von Wiesbaden haben diesen bedeutenden Einfluss auf die Gicht. Verf. sah denselben Effect auch bei anderen salinischen Wässern. Bei einem Falle von Gicht, dessen Harn durch 40 Gran Potassiumbicarbonat nicht neutralisirt werden konnte, wurde durch heisse Mineralwasserbäder der Harn gleich alkalisch und die freie Salzsäure verschwand nach mehrtägigem Bädergebrauche. Die von *Haig* angegebene Diät wurde auch vom Verf. angeordnet: Milch, Eier, Fisch, Geflügel, Schinken. Von Vegetabilien: Gemüse zwei- bis dreimal täglich, Früchte zweimal täglich, Thee, Kaffee, Cacao. Bei dyspeptischen Beschwerden muss entsprechend die Nahrung modificirt werden. Gymnastische Uebungen in freier Luft, Massage, Fechten und dergleichen ist empfehlenswerth. In vielen Fällen ist eine medicamentöse Behandlung indicirt. Amerika besitzt mehr als hundert verschiedene Mineralquellen, die bei der harnsauren Diathese segensreich wirken. Verf. verwendet den Deer Lick Spring, Glen Spring, Watkins N. Y.: das sind jodbromhaltige Mineralwässer. Dr. *Oestreicher,* Carlsbad.



280. ***Therapie des Aneurysma aortae ascendens.*** *Von Dr.* ***Lichtenstein-Lüben.*** *(Allg. med. Central-Ztg. 1894. 16.)*

Als einfaches Mittel, welches bei Aneurysma aortae ascendens anzuwenden sein dürfte, empfiehlt Verf. constanten Druck auf das Aneurysma. Eine Kork- oder Kautschukplatte, auf der Rückseite mit weichem Leder überzogen, am Thorax mit 3—4 Gummibändern, die am Ende mit Schnallen versehen sind, befestigt, übt diesen Druck in einfacher und angenehmer Weise aus. Ein faustgrosses, über das Sternum hervorragendes Aneurysma hat sich um gut drei Viertel seines sichtbaren Umfanges verringert, die irradiirenden Schmerzen sind ganz verschwunden; Patient, der kaum noch eine Treppe steigen konnte, kann wieder gut Treppen steigen und seinen Beruf voll ausfüllen. Ein Versuch mit diesem Verfahren kann gewiss empfohlen werden. *—sch.*

281. ***Ueber eine neue Methode, die Mund- und Rachenhöhle zu desinficiren.*** *Von Dr.* ***Alexander Szana.*** *(Orvosi Hetilap. 1893. 44. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 6.)*

Verf. überzeugte sich experimentell von der Unzulänglichkeit des Gurgelns, er liess seine Versuchspersonen längere oder kürzere Zeit mit Syrupus kermesinus gurgeln, beleuchtete hierauf mit einem Reflector die Mund- und Rachenhöhle und hatte hiermit bequem Gelegenheit zu untersuchen, wie weit die zum Gurgeln verwendete Flüssigkeit vorgedrungen war; je nach der Intensität der Färbung konnte Verf. sogar auf die Zeitdauer der Berührung Schlüsse ziehen. Verf. constatirte, dass der rothe Farbstoff des Syrups am intensivsten den Theil vor der Zungenwurzel, sowie den harten Gaumen färbte, während nie ein einziger Tropfen der zum Gurgeln verwandten Flüssigkeit über den vorderen Rachenbogen hinausdrang. Nur in einigen Fällen trat manchmal Würgen ein, die Gurgelflüssigkeit drang dann bis über den vorderen Mandelbogen. Da aber die unangenehme Procedur des Würgens nicht als normales Gurgeln betrachtet werden kann, so ist es als experimentell erwiesen, dass beim Gurgeln die desinficirende Flüssigkeit nicht einmal die Mandeln erreicht. Verfasser ersetzt das Gurgeln überall dort, wo eine Desinfection der Mund- und Rachenhöhle beabsichtigt wird, dadurch, dass er das Desinficiens, mit welchem er die Schleimhaut in Berührung bringen will, in eine consistente, jedoch im Speichel sich lösende Masse Zucker bringt und diese mit dem Desinficiens durchsetzte Masse in der zu desinficirenden Mundhöhle zerfliessen lässt, dabei gelangen die in der Grundmasse gleichmässig vertheilten Partikelchen des Desinficiens nur successive auf die Schleimhaut und gelegentlich des Herunterschluckens desinficiren sie die ganze Schleimhaut des Rachens. Aus Zuckermasse und eingedicktem Kermesinsyrup liess Verf. Zuckerbonbons anfertigen und gab dieselben einigen Individuen eben als Bonbons zum Lösen. Nachdem dieselben im Munde zergangen waren, untersuchte er wieder die Mund- und Rachenhöhle und fand, dass der Rachen in seinem ganzen Umfange, am intensivsten die Rachenbogen und Mandeln, am wenigsten die hintere Rachenwand, mit rothgefärbtem Speichel überzogen war, dass also gelegentlich des Zergehens der Zuckerbonbons in Folge der wiederholten Schlingbewegungen die ganze Schleimhaut des



Rachens mit dem Farbstoffe, respective mit dessen im Speichel gelösten oder suspendirten Partikelchen in Berührung kam.

0·1 Grm. von Saccharin mit derselben Menge der Resina Guajaci in eine gewöhnliche Zuckermasse gegossen, bilden jene Zuckerbonbons, welche Verf. in Folge ihres angenehmen Geschmacks, sowie in Folge der in nachstehend zu beschreibendem Versuche als gründliche, wirksame und selbst bei sehr kleinen Kindern verwendbare Munddesinfectionsmittel erkannt hat. Verf. hatte noch experimentell zu untersuchen: 1. ob diese Plätzchen keimhemmende und keimtödtende Eigenschaften besitzen; 2. ob sie thatsächlich die Mundhöhle desinficiren; 3. wie lange die durch sie hervorgerufene Sterilität anhält; 4. ob in den einzelnen Schichten derselben die mikrobicide Kraft gleichmässig vertheilt sei. Die Resultate seiner Untersuchungen zusammenfassend, glaubt Verf. es als experimentell bewiesen: 1. Dass man durch Gurgeln die hinter dem vorderen Rachenbogen liegenden Theile der Mundhöhle, respective den Rachen nicht desinficiren kann, 2. dass gelegentlich des Schluckens von im Munde zergangenen Pastillen die Schleimhaut des ganzen Mundes und Rachens mit der Masse der Pastillen in Berührung kommt; 3. aus gleichen Theilen von Saccharin und Resina Guajaci gebildete Pastillen besitzen desinficirende und antiseptische Kraft; 4. die Pastillen desinficiren gelegentlich ihres Zergehens die Mundhöhle; 5. man kann die desinficirenden Stoffe gleichmässig in einer Pastille vertheilen. Verf. stellt sich nun den Gebrauch dieser oder ähnlicher desinficirender Pastillen so vor, dass in allen jenen Fällen, in denen bisher das Gurgeln behufs Desinfection empfohlen wurde, nunmehr solche desinficirende Pastillen empfohlen werden. Hauptsächlich aber möchte Verf. diese Pastillen in der Prophylaxe gegen die Diphtheritis verwendet sehen.

O. R.

282. ***Nerium Oleander, ein empfehlenswerthes Cardiotonicum.*** *Von Dr. **v. Oefele.** (Aerztl. Rundschau. 1893. 38 u. 39. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 45.)*

Nerium Oleander L. gehört der Familie der Apocyneen an, aus der bereits Medicamente, wie Strophantus, in den Arzneischatz aufgenommen wurden. Von *Schmiedeberg*, *Lukowsky* und Anderen sind mehrfach Glycoside daraus, wie Oleandrin, Pseudocurarin, Neriin, Nerianthin etc. dargestellt worden. Nach Verf.'s Untersuchungen haben Rinde, Blätter und Früchte vom Oleander cardiotonische Wirkung. Wenn auch die Oleanderpräparate digitalisähnlich wirken, so sind sie doch nicht gleichwerthig, denn Digitalis und Oleander cumuliren sich nicht. Die Wirkung geeigneter Oleanderpräparate ist prompt und nachhaltig, indem der Puls langsam, regelmässig und kräftig, die Respirationsfrequenz verringert wird, Diurese und die festen Urinbestandtheile sich vermehren, der Stuhlgang bei vermehrten Entleerungen weich wird und dabei Herzklopfen, Oedeme und Dyspnoe in Folge von Klappenfehlern schwinden. Wenn auch Digitalis immer das Hauptmittel bei den meisten Herzfehlern bleiben wird, so bedarf man doch, da die Digitalis nur kurze Zeit gegeben werden kann, anderer Hilfsmittel. Man hat Adonis, Coffein, Strophantus, Convallaria eingeschoben. Oleander regt gleich der Convallaria die Darm-



peristaltik mächtig an, ist daher contraindicirt, so lange Erbrechen und Durchfälle bestehen. Nach Verf. ist Oleander indicirt bei Erkrankungen von Herz und Nieren und deren Folgeerscheinungen, beschleunigtem, unregelmässigem und schwachem Pulse, Herzklopfen, Oedemen und Dyspnoe, bei jungen und alten Patienten, auch bei Erkrankungen des Herzmuskels und Atheromatose. Als grosse Dosis, die je ein bis zwei Tage zu nehmen ist, rechnet Verf. Präparate, die 0·5 Rohdroge entsprechen, z. B. 5 Grm. der *Merck*'schen Tinctur, doch kann ohne Intoxicationsgefahr auch höher gegangen werden. Als kleine Tagesdosis sind 0·05—0·1 Rohdrogen zu rechnen. Manche Patienten nahmen das Medicament 14—16 Tage lang, darnach liess sich noch 10—16 Tage Nachwirkung constatiren. Für extemporirte Präparate eignet sich nach Verf.'s Empfehlungen das Infus aus den Blättern oder Früchten. Für längere Dauer sind Pillen oder Tincturen empfehlenswerther. Verf. gibt folgende Vorschriften:

Rp. *Tinctur. Nerii Oleandri Merck sec. Oefele 10·0.*
Aqu. Laurocerasi 1·0
MDS. Zwei- bis dreimal täglich 20 Tropfen in einem Esslöffel voll Zuckerwasser zu nehmen.

Rp. *Pulv. fol. Nerii Oleandri 1·0,*
Pulv. flor. Sambuci 1·0.
Succi Juniperi inspiss. qu. s.
ad pilul. 30.
DS. Täglich 3—5 Pillen zu nehmen.

Rp. *Fruct. Nerii Oleandri exsiccat. conc. 1·0,*
Stipit. spartii Scoparii 5·0,
Aqu. fervid. 100·0,
Macera per hor. dimid., cola, filtra.
adde Aq. Menth. piper 10·0.
MDS. Stündlich ein Esslöffel.

Das Mittel ist unter nöthiger Controle weiterer Versuche werth.

283. ***Ein Fall von Antipyrinomanie.*** *Von* ***Luigi Cappelletti.*** *(Journ. de méd. 1893. 26. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 98.)*

Ein hysterisches Mädchen, 23 Jahre alt, seit der Kindheit schwächlich, bekam vor 2 Jahren Anfälle von Kopfschmerz. Auf den Rath des Arztes nimmt es mehrere schwache Antipyrindosen. Das Heilmittel ist ihm bald zur absoluten Nothwendigkeit geworden. Allmälig aber werden die Anfälle häufiger, der Kopfschmerz wird continuirlich. Das Antipyrin verliert zum grossen Theil seine wohlthuende Wirkung, und die Kranke erhöht täglich die Dosis. So steigerte sie die Tagesdose bis auf 8 Grm. Aber ihr Zustand verschlimmerte sich: Appetit und Kräfte schwanden, der Schlaf fehlte fast ganz, und zu dem immer gleich heftigen Kopfschmerz kam ein sehr unangenehmes Ohrensausen hinzu. Die durch das Antipyrin geschaffene Erleichterung war eine sehr geringe und von sehr kurzer Dauer. Trotzdem war ihr Bedürfniss darnach und ihre Sensibilität so gross, dass sie die geringste Verringerung der Dosis bemerkte; 20—30 Minuten vor der gewohnten Zeit, wo sie das Pulver nahm, wurde sie sehr reizbar und ängstlich; wurde die Zeit einmal überschritten, so empfand sie ein lebhaftes Angst-



gefühl. Aus Furcht vor diesem Zustande trug die Kranke später stets ein Pulver bei sich in der Tasche. Alle Versuche, die Dosis allmälig zu vermindern, waren vergeblich, ebenso der, das Medicament ihr mit Gewalt zu entziehen: es traten Ohnmachten, Convulsionen, Angstvorstellungen mit Selbstmordideen auf. Da sie selbst wünschte, geheilt zu werden, begab sie sich in eine Nervenanstalt. Die Antipyrindosis wird auf einmal auf 2 Grm. herabgesetzt, und zugleich des Abends Sulfonal in gleicher Dosis gegeben. Aber alsbald zeigten sich die Folgen: Uebelkeit, Erbrechen, sehr kleiner Puls. Auf eine Depression, die drei Tage andauerte, folgte ein Excitationsstadium mit unruhiger Bewegungssucht. Daraufhin wird die Antipyrindosis wieder erhöht, um in der Folge nur langsam herabgesetzt zu werden. Zugleich erhält sie Bromkali: erst auf eine Dosis von 6 Grm. mindert sich im Laufe von 5 Tagen die Aufregung, so dass jetzt, während Bromkali in gleicher Dosis weiter gegeben wird und daneben als Tonicum das valeriansaure Chinin, zur allmäligen Entziehung des Antipyrins geschritten wird. Auch diesmal bemerkt die Kranke noch die Herabsetzung der Dosis: psychische Verwirrung. Schmerzen im Nacken und in den Armen, Magen- und Darmstörungen stellen sich ein. Nichtsdestoweniger wird mit der Entziehung des Antipyrins fortgeschritten, bis auf 1·5 Grm. pro die, während zugleich die Dosis des Bromkali auf 7 Grm.. des Chinin. valerian. auf 0·6 Grm. erhöht wird; des Abends erhält die Patientin 2 Grm. Sulfonal oder Chloral; gleichzeitig werden prolongirte lauwarme Bäder gebraucht. Nach gänzlichem Aussetzen des Antipyrins zeigen sich neue Phänomene: Angstgefühl, äusserst langsamer und kleiner Puls, Temperaturschwankungen während dreier Tage bis zu 30°, Parästhesien und kurzdauernde Paresen der Extremitäten, endlich Hallucinationen des Gesichts und Gehörs: die Kranke behauptete unter Anderem, dass die Aerzte und Wärter ihr unsittliche Anträge machten. Dieser Zustand hielt 7 Tage an. Gegen die Schwäche gibt man der Kranken Coffeïn bis zu 0·75 Grm., und daneben irgend welche Pulver mit der Versicherung, dass es Antipyrin sei. Allmälig nun wurden die Gedanken wieder klarer, die Hallucinationen hörten schliesslich auf. die Kopf- und Nackenschmerzen lassen beträchtlich nach. — Man begann nun allmälig mit: dem Coffeïn herabzugehen, gab der Kranken Eisenpräparate und eine roborirende Diät. Nach 14 Tagen sah sie frisch und wohl aus.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

284. ***Entfernung eines grossen Stück Lebergewebes drei Monate nach der Zerstörung desselben.*** *Von Dr.* ***Ochsner.*** *(Chicago chir. review. 1893. — Centralbl. f. Chir. 1894. 1.)*

Als Beitrag, dass auch schwere Verletzungen der Leber günstigen Ausgang nehmen können, theilt Verf. folgenden Fall mit: Ein 6jähriges Mädchen wurde überfahren. Der Arzt constatirte eine Verletzung der Lungen und eine consecutive traumatische Pneumonie. Da das Befinden sich beständig verschlechterte, wurde



nach 11 Wochen einem anderen Arzte die Behandlung übergeben, der ein bis zur 3. Rippe reichendes Empyem, ausgehend von der verletzten Leber, constatirte. Verf. bestätigte die Diagnose und entleerte durch Incision im 6. Intercostalraum grosse Mengen übelriechenden bräunlichen Eiters, dem Stücke eines weichen Gewebes von ähnlicher Farbe beigemengt waren. Das grösste derselben war 3 Zoll lang, 3 Zoll breit, $^1/_2$ Zoll dick und wog 6 Unzen. Der Ausfluss verschwand rasch, nach 2 Wochen waren die Wunden geschlossen. Völlige Genesung. Die mikroskopische Untersuchung liess die Massen als Lebergewebe erkennen. Da die Operation erst nach 11 Wochen ausgeführt wurde, war sicher schon ein grosser Theil der Massen durch Eiterung zerstört.

285. ***Ueber das Ausdrücken der Harnblase.*** *Von Dr.* ***Heddaeus****, Idar. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 34 u. 35. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 4.)*

Verf. fühlt sich veranlasst, noch einmal auf die Ausführbarkeit und den Werth seiner schon 1888 veröffentlichten Methode der „manuellen Entleerung der Harnblase“ hinzuweisen und zugleich eingehender die Bedingungen, von welchen die Ausführbarkeit der Operation abhängt, zu erörtern. Was zunächst die Art der Ausführung betrifft, so liegt der Kranke auf dem Rücken, die Beine angezogen. Man stellt sich an eine Seite des Bettes, das Gesicht dem Kranken zugewendet, legt die rechte Hand auf der linken, die linke Hand auf der rechten Seite des Unterleibes neben der Mittellinie so auf, dass beide Daumen, die Spitzen einander zugekehrt, über der Symphyse ruhen und die übrigen Finger die Blasenkugel von oben umgreifen, und drückt stetig nach unten hinten derart, dass die Spitzen der Finger in der Tiefe sich den Daumen mehr und mehr zu nähern suchen. Durch diesen in der Richtung nach dem unteren Rande der Symphyse (Collum vesicae) vollzogenen Druck wird die Blase stetig verkleinert, indem sich der Harn oft in kräftigem Strahle aus der Harnröhre ergiesst. Ist die Blase theilweise entleert, so muss man von Neuem mit den Fingern beider Hände tiefer nach unten und hinten greifen, wo man jetzt deutlich die Contouren der Blase fühlen und je nach der Lage derselben die Richtung des Druckes modificiren kann. Wesentlich ist, dass die drückende Hand die Contouren der Blase fühle; ebenso müssen die über der Symphyse lagernden Finger tasten, wie ihnen durch den übrigen Theil der Hand die Urinwelle entgegengebracht wird. In den leichteren Fällen, bei Gelähmten, die zugleich mager sind, einen leeren und schlaffen Unterleib haben, ist wenig Kraft erforderlich, auch das Aufstellen der Knie erlässlich. Sogar bei aufrechter Haltung des Kranken und einer Hand des Operirenden gelingt einmal das Ausdrücken. Soll der Kranke selbst seine Blase ausdrücken, so kann er wegen der Stellung der Hände nur von der zweiten Methode Gebrauch machen. Laien kann man das Verfahren — im Gegensatz zum Catheterisiren — getrost überlassen, wenn es leicht auszuführen ist, andernfalls muss es der Arzt selbst handhaben. Die hauptsächlichste Bedingung für die Ausführbarkeit der Operation ist die Sphincterparese, also der Zustand, wo der Urin unwillkürlich abtröpfelt. Durch den mechanischen Act kann nichts weiter geleistet werden,



als die Thätigkeit der Blasenmuscularis zu unterstützen und zu ersetzen. Wo diese versagt, hat die Operation einzutreten. Mit dem Sphincter urethrae hat sie als mit einem Gegner, dessen Kraft zu überwinden ist, zu thun. Vom möglichst geringen Grade derselben hängt ihre Ausführbarkeit ab. Da nun aber die Sphincterlähmung theils nicht als absolute Bedingung erscheint, theils bei plötzlichen Zufällen und rapidem Verlaufe nicht immer sofort zu constatiren ist, so ist es für die Praxis, weil für die Regel, wie für die Ausnahme passend, gerathen, bei Blasenlähmung einfach die Probe zu machen. Gelingt dieselbe, so ist der Catheterismus sammt allen ihm anhängenden Gefahren ausgeschlossen, und es wurde in der gefahrlosesten Weise geholfen, zumal — auch bei ansehnlichen Mengen von Restharn — keine Zersetzung erfolgt.

286. ***Ueber chirurgische Eingriffe bei Diabetikern.*** *Von Dr. **Reynier**. Sitzung der Société de Méd. et de Chirurg. pratique vom 11. Januar 1894. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 4.)*

Wer eine Anzahl Diabetiker behandelt hat, weiss, wie verschieden dieselben auf antiseptische Verbände, auf Entzündungsprocesse, Verwundungen und operative Eingriffe reagiren, wie die Einen eine Laparotomie gut überstehen, während bei Anderen ein einfacher Einschnitt schwere, oft tödtliche Zufälle zur Folge hat. Verf. findet den Grund für das so differente Verhalten der Zuckerkranken vor Allem in den verschiedenen Arten des Diabetes, welcher nicht ein einheitliches Krankheitsbild, sondern nur das Symptom verschiedenartiger Affectionen sei (Fettsucht, Leber- und Pancreaserkrankungen, Atheromatose, nervöse Störungen). Das Stadium der Krankheit ist ein weiteres Moment: Zu Beginn bietet der Diabetiker einem Trauma noch genügende Resistenz, diese wird immer geringer, bis sie schliesslich völlig aufgehoben ist. und zwar ist das der Fall, wenn die physiologischen Reflexe nicht mehr vorhanden sind. Dieses Symptom hat eine grosse klinische Wichtigkeit, denn selbst wenn kein Zucker mehr nachzuweisen ist, aber die Reflexe sich nicht wieder eingestellt haben, bleibt die Prognose eine schlechte. Man wird sich daher bei dem Diabetiker, der dieses Symptom zeigt, jedes chirurgischen Eingriffes enthalten, wenn nicht absolute Nothwendigkeit, wie bei Phlegmonen, Furunkeln, dazu drängt; eine häufige Folge der Incisionen ist in solchen Fällen Gangrän. Eben wegen der grossen Empfindlichkeit der Gewebe dürfen reizende Antiseptica, wie die Carbolsäure, nicht angewandt werden, und sind besonders Borsäure und Sublimat (1:2000) zu empfehlen. Verf. gebraucht erstere mit Vorliebe in Form des continuirlichen Sprays, wo es der betreffende Körpertheil gestattet, ferner in Fällen von nicht inficirter Gangrän antiseptische Pulver, wie Chinin, Bismuth salicyl., welchen man etwas Jodoform zusetzen kann; es gelingt damit, die Gewebe auszutrocknen und sie zur Entwicklung von Mikroben unfähig zu machen. Was die Diabetiker betrifft, bei welchen die Reflexe noch erhalten sind, sofern der Zuckergehalt 15—20 Grm. in 24 Stunden übersteigt, ebenfalls die Operationen auf das Nöthigste beschränkt werden; wenn keine Eiterung eintritt, sind sie meist ohne Gefahr, im gegentheiligen Falle jedoch wird der Lauf der Krankheit beschleunigt. Daher ist strenge Antisepsis oder vielmehr Asepsis durchzuführen; denn der



Diabetiker verträgt, wenn er auch noch nicht das oben bezeichnete Stadium erreicht hat, im Allgemeinen sehr schlecht den Reiz, welchen die antiseptischen Flüssigkeiten auf das Gewebe ausüben. Der Grund hierfür liegt in den peripheren Neuritiden, welche so oft den Diabetes compliciren, sich durch Ameisenkriechen, Kribbeln, partielle Anästhesien, trophische Störungen, wie Deformität der Nägel an Fingern und Zehen kennzeichnen und eine Prädisposition zu medicamentösen Eczemen schaffen. Carbolsäure, Carbolgaze, Salol rufen dieselben leicht hervor; daher sind auch hier wieder Borsäure, Borlint vorzuziehen, ferner sterilisirte Watte, eventuell Jodoform; Waschungen mit starker Carbollösung während der Operation und Umschläge mit derselben sind verpönt. Bei den Diabetikern mit eiternden Affectionen geschieht die Eröffnung des Eiterherdes, wenn sie angezeigt ist, am besten mit dem Thermocauter. Die Antiseptica werden hier relativ gut vertragen, doch soll man Carbollösungen nicht stärker als $2-2^1/_2{}^0/_0$ig nehmen; die Scheu, die Wunde zu reizen, soll auch zu dem Grundsatze führen, dieselbe möglichst selten zu berühren, respective zu verbinden, und das immer so sachte als möglich. Schliesslich empfiehlt Verf. einige Tage vor jeder Operation den Kranken der geeigneten Diät zu unterziehen, und erinnert daran, dass durch die Chloroforminhalation in beträchtlicher Weise der Zuckergehalt steigt und in den 24—48 Stunden nach der Narcose die Symptome des Diabetes in erhöhtem Masse auftreten.

287. ***Ueber die chirurgische Behandlung des wunden Magengeschwüres.*** *Von Dr. **W. Haslauer.** (Brit. med. Journ. 1893. November. — Therap. Monatsh. 1894. 2.)*

Bei der Aufsuchung der Perforationsstelle ist zu beachten, dass dieselbe, auch wenn sie sich in der vorderen Magenwand befindet, gewöhnlich nicht direct unter der Incisionsstelle gefunden wird, sondern dass die durch die Füllung des Organs hervorgerufene Verschiebung desselben oft die Auffindung der Durchbruchsöffnung erschwert. Nachdem diese erreicht ist, muss der Magen vollständig gereinigt werden, entweder durch Einführung eines Rohres in die Oeffnung oder durch eine gewöhnliche Magenausspülung. Der Schluss der Oeffnung wird ohne Excision des Ulcus vorgenommen, da ein verhältnissmässig beträchtlicher Theil der Magenwand entfernt werden müsste und eine starke Blutung, deren Stillung viel Zeit in Anspruch nehmen würde, nicht zu vermeiden ist. Um eine genaue Vereinigung der Ränder zu erzielen, verwendet man tiefe *Lambert*'sche Nähte, hat aber zu beachten, dass dieselben in dem nicht indurirten Gewebe Halt finden. Ausserdem empfiehlt es sich, zwischen dieselben noch einige oberflächliche Nähte zu legen. Den letzten Act der Operation bildet die Reinigung der Bauchhöhle, die Verf. durch Ausspülung mit heissem Wasser und Drainage zu erzielen sucht. Eine andere Methode der Behandlung besteht in der Vereinigung der Perforationsstelle und der Incisionswunden des Abdomens. Da hierdurch eine Magenfistel hervorgerufen wird, so wird man diese Operation, wenn möglich, vermeiden. Ebenso wird man kaum in die Lage kommen, bei noch nicht perforirtem, sicher diagnosticirtem Ulcus zu operiren.



288. ***Ueber die Operation des Mastdarmcarcinoms.*** *Von Prof. **v. Heineke.** 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.*

Verf. macht den Medianschnitt vom Sphincter auf die Mitte des Kreuzbeins in hoher Beckenlage bei stark gebeugtem Bein. Erst wird der Sphincter durchschnitten, dann nach nochmaliger gründlicher Reinigung des Darms der Schnitt weitergeführt und das Steissbein in der Mitte durchgesägt. Nun erfolgt die Abtrennung der Bänder von Kreuz- und Steissbein und eine schräge Abmeisselung des Kreuzbeins in der Nähe des vierten Loches. Dann wird der Darm dicht oberhalb des Sphincters abgeschnitten, zugebunden und nun in gewöhnlicher Weise bis über die obere Carcinomgrenze abgelöst. Der soweit aus dem After herausgeführte Darm wird nun an dem äusseren Umfange des Afters angeheftet und successive durchschnitten. Den Schluss der Operation bildet die Naht des Sphincters und der Wunde bis zur Mitte des Steissbeines; der obere Theil der Wunde bleibt offen und wird tamponirt. Wichtig ist bei dem neuen Verfahren Verf.'s, dass das Rectum nur an der Aussenfläche des Afters fixirt wird, um die sonst so häufigen Knickungen des Darmes zu vermeiden. Aus demselben Grunde näht Verf. auch nie das Peritoneum. Weiterhin legt er ein grosses Gewicht auf die Durchschneidung des Sphincters mit Rücksicht auf die ersten Defäcationen.

289. ***Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses.*** *Von Dr. **Schlichter.** (Wiener klin. Wochenschr. 1893, pag. 725. — Der Frauenarzt. 1894. 2.)*

Zur Behandlung des angeborenen Klumpfusses bei Kindern unter einem halben Jahr werden in unseren neuesten Lehrbüchern Apparate aus festem Material empfohlen. Verf. gibt an, dass er bei seinen Klumpfussoperationen im Wiener Findelhause früher wenig Glück gehabt habe, trotz der Anwendung der verschiedensten Apparate aus festem und elastischem Material. Er schob seine Misserfolge auf zu spätes Operiren und machte seine nächste Tenotomie bei einem 10tägigen Kinde. Hintendrein legte er einen Gypsverband an. Der Erfolg war ein vollständiger. Zur Zeit verfügt der Verf. über eine Reihe von 12 Fällen, die meist am 10. Tage nach der Geburt zur Operation gekommen sind. Sein Verfahren ist nunmehr das folgende: Am dritten Tage nach der Ausführung der Operation, die Heilung der kleinen Wunde vorausgesetzt, wird ein Gypsverband angelegt nach vorheriger Einrichtung des Fusses. Acht Tage später wird der Verband entfernt, einen Tag lang mit Reispulver eingestreut und dann wieder für acht fernere Tage ein neuer Verband angelegt. Nach Abnahme desselben wird 24 Stunden hindurch zweistündlich massirt und dann auf 14 Tage ein dritter Verband angelegt und nach einem Zwischenraum von zwei bis drei Tagen für 3—4 Wochen ein vierter und letzter Gypsverband hergestellt. Sollte sich eventuell nach Wochen noch ein weiterer Verband wünschenswerth erweisen, so wird ein solcher angelegt und bleibt dann längere Zeit liegen. Für gewöhnlich aber ist die Heilung bereits eine definitive. Dieses bezüglich der Wahl des Zeitpunktes und der successiven Verbandapplication neue Verfahren ist ebenso gefahrlos wie sicher.



Laryngologie, Otiatrik und Rhinologie.

290. ***Ueber Doppelthören (Diplacusis).*** *Von **Hans Daae**, Christiania. (Norsk Magazin. 1893, 6, pag. 525.)*

Als Diplacusis wird der Zustand bezeichnet, in welchem beim Anschlagen eines einzelnen Tones zwei gehört werden, der angeschlagene Ton durch das gesunde Ohr und ein zweiter, davon verschiedener durch das kranke Ohr. Die Verschiedenheit kann eine zeitliche sein, so dass der zweite Ton gewissermassen das Echo des ersten bildet (Diplacusis echotica). In anderen Fällen besteht ein Intervall zwischen den Tönen, und zwar ein harmonisches (Terz, Quart, Quint) oder ein disharmonisches (Secunda, Sext), wonach man Diplacusis harmonica oder disharmonica unterscheidet. Der unrichtige Ton ist entweder höher oder tiefer als der angeschlagene. Gewöhnlich beruht die Diplacusis auf Erkrankung eines Ohres (Diplacusis binauralis), doch ist von *Gradonice* auch eine Diplacusis monauralis beschrieben, wo der Stimmgabelton auf einem Ohre doppelt gehört wird, beruhend auf der supponirten Fähigkeit des inneren Ohres, einen Ton in zwei zu spalten, wie es aus zwei Tönen einen zu machen, zwei Töne zu bilden vermag. Doch ist wahrscheinlich anzunehmen, dass zwei Töne in der Stimmgabel waren, da reine Stimmgabeln sehr selten sind. Die Diplacusis ist eine functionelle Störung, die als Symptom bei mehreren Ohrenkrankheiten vorkommt, sowohl bei acuten als bei chronischen Affectionen des Mittel- und inneren Ohres. Am häufigsten findet sie sich bei chronischem Mittelohrcatarrh. Sie wird sehr häufig übersehen, entweder weil die Taubheit auf dem kranken Ohre soweit vorgeschritten ist, dass die Töne des gesunden Ohres dominiren, oder weil die Kranken kein so feines musikalisches Gehör besitzen, dass die Tonhöheverschiedenheit sie genirt. Man findet deshalb die Diplacusis am häufigsten bei Musikern, wo sie oft zu einer schweren Plage wird. Verf. hat drei derartige Fälle beobachtet. In dem einen trat die Doppelhörigkeit in Folge eines Falles auf dem Eise bei einem viel mit Gesangsübungen beschäftigten Maler auf. Bei dem Falle kam es zu leichter Blutung aus dem linken Ohr und vorübergehender Taubheit mit subjectivem Sausen; später trat eine ausserordentliche Empfindlichkeit gegen Musik und Gesang, sowie gegen lautes Reden auf und die Töne waren niedriger am linken Ohr als am rechten, nach der genauen Untersuchung eine Quint tiefer. Behandlung mit Luftdouche und Catheter beseitigte nach wenigen Tagen die subjectiven Töne und die Empfindlichkeit gegen Musik und Gesang, dagegen trat an Stelle der harmonischen eine disharmonische Doppelhörigkeit, so dass Patient den angeschlagenen Ton links um einen halben Ton tiefer hörte. In einem zweiten Falle, wo ein Violinist im Laufe eines acuten Tubencatarrhs alle Töne links um einen halben Ton höher hörte, verschwand diese sehr störende Disharmonie unter Catheterisation im Laufe von 14 Tagen. In allen beiden Fällen und auch in einem dritten fand sich die Knochenleitung normal. Verf. ist der Ansicht, dass in den meisten Fällen ein Mittelohrleiden die Ursache ist, und nur da, wo ein solches mit Sicherheit



auszuschliessen, das innere Ohr als Ursache der Diplacusis anzusehen ist. *Th. Husemann.*

291. ***Ein Vorschlag, Gräten aus dem Larynx zu entfernen.*** *Von Dr.* ***O. Schliep.*** *(Therap. Monatsh. 1894. 2.)*

Für Fälle, wo es nicht gelingt, im Larynx, beziehungsweise Oesophagus steckende Gräten oder Knochenstückchen durch die bekannten Hilfsmittel — Grätenfänger, Schwamm- und Schlundsonde, selbst mit Hilfe des Cocains zu entfernen, empfiehlt Verf. das Trinken von Essig zur Beseitigung derartiger Hindernisse. Er überzeugte sich durch Prüfung der Decalcinirungsfähigkeit des Essigs bei 37—38° C., dass Gräten schon nach 15—20 Minuten erweicht werden, Knochenfragmente werden allerdings langsamer gelöst, das innere Stützgerüst der Hummerscheere nimmt dabei eine grüne Farbe an. Auch 1—5%ige Salzsäurelösung mit und ohne Pepsin wurde auf ihre decalcinirende Eigenschaft geprüft; sie wirkt entschiedener als Essig und würde in Berücksichtigung der Verhältnisse des Magens als Mittel zur Unschädlichmachung von Gräten dem Essig vorzuziehen sein. Die Anwendung geschieht in folgender Weise: Für die höher sitzenden fraglichen Hindernisse wird ein Stäbchen mit Wattetampon versehen, in 2%ige Salzsäurelösung (14 Tropfen auf 50 Grm. Wasser) getaucht und wiederholt möglichst in die Plicae und Lacunae hineingedrückt. Bei Sitz der Gräte im Oesophagus ist wiederholtes Schlucken derselben Lösung vorzunehmen, ebenso, falls Kiementheile in den Magen gelangt sind. Wie Verf. erfahren hat, passiren stärkere Gräten oft den Magen unverändert und werden nicht selten Veranlassung zu perityphlitischen und periproctitischen Abscessen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass derartige Ausgänge durch rationelle Salzsäureanwendung zu vermeiden sind; weitere Experimente werden Klarheit schaffen. Zur Erreichung des gleichen Zweckes empfiehlt *Lundar-Grant* (Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. 1893, XXIII, 15. März, pag. 255), phoniren zu lassen und dabei einen Druck auf die Submaxillargegend auszuüben. Leicht ausführbar, verdient auch dieser Vorschlag durchaus behufs Entfernung von im Halse steckengebliebenen Fischgräten berücksichtigt zu werden. Aber auch hier ist Voraussetzung, dass instrumentale Entfernung unmöglich war. *—r.*

292. ***Eine eigenthümliche Affection der Labyrinthkapsel als eine häufige Ursache von Taubheit.*** *Von Prof. Dr.* ***A. Politzer,*** *Wien. Nach dem Vortrag beim I. panamerikanischen med. Congresse zu Washington, 1893. (Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 1.)*

Eine besondere Form von Taubheit kommt gewöhnlich bei älteren Personen vor, und ist verursacht durch eine pathologische Veränderung der Labyrinthkapsel. Bei der Untersuchung einer Anzahl von Schläfebeinen von Personen, die an progressiver Taubheit gelitten hatten, fand Verf. umschriebene knöcherne Hervorragungen in der Nachbarschaft der Fenestra ovalis. Diese Protuberanzen hatten die Grösse eines Hirsekörnchens, waren gegen die Ränder zu etwas abgeflacht und unterschieden sich von den umgebenden Theilen durch ihre gelbe Farbe. Die Schleimhautauskleidung der Paukenhöhle war gewöhnlich normal, nur selten etwas verdickt. Die Fenestra ovalis war in einigen Präparaten normal,



in anderen aber durch die Protuberanzen etwas eingeengt. Der Steigbügel war meistens unbeweglich, in einigen wenigen Präparaten jedoch ein wenig beweglich. Veränderungen in dem Stapediovestibular-Gelenk wurden früher von dem Verf sowohl als von Anderen als durch chronischen Mittelohrcatarrh verursacht angesehen. Das Studium der Präparate beweist jedoch, dass diese Anschauung nicht richtig war, und dass diese Fälle, die gewöhnlich als Theilerscheinungen des trockenen sclerotischen Mittelohrcatarrhs angesehen wurden, in Wirklichkeit durch eine primäre Veränderung in der Labyrinthkapsel hervorgerufen werden. Die Theile, welche die Fenestra ovalis umgeben, sind in neugebildetes Knochengewebe verwandelt. Die normaler Weise vorhandene Gelenkverbindung zwischen Steigbügel und Fenestra ovalis ist gänzlich verschwunden. Die Fussplatte des Steigbügels ist häufiger verdickt bis zu dem fünf- und sechsfachen der normalen Dicke. Die knochenbildenden Veränderungen nehmen ihren Ursprung in der knöchernen Kapsel des Labyrinths und erstrecken sich bis zur Fenestra ovalis und der Fussplatte des Steigbügels; bisweilen sogar bis gegen die Cochlea und das Vestibulum. Gelegentlich verursachen die knochenbildenden Veränderungen nur partielle Ossification der Steigbügelvorhofgelenkverbindung, so dass wir in demselben Präparate einen Theil der Gelenkverbindung völlig ossificirt und einen anderen noch häutig finden. Diese partielle Ankylose erklärt, warum in einigen Fällen das Gehör für laute Stimme noch vorhanden ist. Diese eigenartigen Veränderungen, die ihren Ursprung in einer primären Entzündung der Labyrinthkapsel nehmen, stellen eine Form der progressiven Taubheit dar. In ätiologischer Hinsicht ist wenig bekannt. Dass Syphilis gelegentlich dabei eine Rolle spielen kann. ist durch die Untersuchungen von *Moos* wahrscheinlich gemacht worden. Die Untersuchungen erklären auch, warum unsere Bemühungen in derartigen Fällen nicht immer von Erfolg gekrönt sind. Eine Operation kann nur dann Hoffnung auf Erfolg geben, wenn noch keine Ankylosis vorhanden ist; und selbst in Fällen sofortiger Gehörsverbesserung nach der Operation können wir kaum ein bleibendes Resultat erwarten, denn diese pathologischen Zustände sind progressiver Natur, und selbst die Extraction des Steigbügels würde einen Verschluss des ovalen Fensters nicht verhindern.

293. ***Nasalasthma, mit einem circumscripten Hautödem abwechselnd.*** *Von Dr. Réthi. (Annal. des malad. de l'oreille et du larynx. 1893. 10. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 1.)*

Eine 22jährige Dame hat häufige asthmatische Anfälle in Folge von Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln; während eines Anfalles ist die Nase ganz verstopft. Heilung durch Cocainbepinselungen jedes Mal. Galvanocaustik brachte Heilung; während der galvanocaustischen Behandlung kam jedes Mal mit der entzündlichen Reaction statt eines asthmatischen Anfalles ein umschriebenes Oedem bald der Hände, bald der Füsse, bald der Vorderarme, bald des rechten Oberschenkels, jedes Mal mit schmerzhafter Hautspannung; am anderen Morgen war dann Alles verschwunden. Verf. führt Asthma und Oedem auf das Nasenleiden zurück; das Oedem ersetzte jedes Mal den Asthmaanfall,



kam zu derselben Stunde und dauerte ebenso lange; mit der galvanocaustischen Zerstörung des cavernösen Gewebes hörten Asthma und Oedem auf.

294. ***Die Massage bei einigen Halsleiden.*** *Von Doctor Camillo Poli. (Annal. des malad. de l'oreille et du larynx. 1893. 10. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 1.)*

Die Massage der obersten Luftwege ist eine rationelle Methode, wenn Verf. auch nicht die eclatanten, von *Braun* und *Laker* erwähnten Erfolge hatte. Er gebraucht eine 20 Cm. lange, in Form von U umgebogene Sonde, welche mit einem in eine indifferente Flüssigkeit getauchten Wattetampon versehen ist; er cocainisirt vorher mit 10%iger Lösung und massirt alle 2 Tage während 10 Minuten. Der Mund und Pharynx wird gestrichen, das Cavum wird geklopft. Bei acuter Pharyngitis wurde die Massage schlecht vertragen, die erstere, von *Gerot* angerathene Massage war besser. Der beste Erfolg war bei chronischer Pharyngitis; bestehende Granulationen und hypertrophische Mandeln mussten vorher operirt werden. Bei atrophischer Pharyngitis war der Erfolg besser, wenn statt Oel oder Glycerin eine nicht indifferente Flüssigkeit, wie Jodtinctur, angewandt wurde.

295. ***Lähmung des rechtsseitigen Halssympathicus in Folge von Retropharyngealabscess bei einem Säugling.*** *Von A. Schapringer. (Amer. Journ. of Ophthalm. 1893. October. — Monatschrift f. Ohrenhk. 1894. 1.)*

Ein 9 Monate altes Kind weiblichen Geschlechtes wird wegen seines rechten Auges vorgestellt, das die Symptome der sogenannten *Horner*'schen Lähmung darbietet. Das obere Lid hängt herab, wird aber beim Blick nach oben etwas gehoben, der Durchmesser der rechten Pupille ist um die Hälfte kleiner als derjenige der gesunden Seite. Es handelt sich also um Lähmung der Augenzweige des rechten Nervus sympathicus. Unterschiede in dem Füllungsgrade der Hautgefässe der beiden Gesichtshälften, insbesondere der Ohren, sind zur Zeit nicht wahrnehmbar. Nach Angabe der Mutter schwitzt die rechte Gesichtshälfte nicht. Im sechsten Lebensmonat war das Kind von einem Retropharyngealabscess befallen worden, welcher wiederholt vom Munde aus eröffnet wurde. Es war damals so elend, dass von competenter Seite eine letale Prognose gestellt wurde. Das Kind erholte sich aber ganz unerwarteter Weise ziemlich rasch und ist gegenwärtig im Ganzen sehr munter. In der Literatur werden Halsabscesse als Ursache von Sympathicuslähmung wohl angeführt, doch scheint eine derartige Lähmung als Folge eines Retropharyngealabscesses bei einem Säugling noch nicht beobachtet worden zu sein.

Dermatologie und Syphilis.

296. ***Die Entstehung der Barthaare beim weiblichen Geschlecht.*** *Von Dr. O. Lassar. (Dermat. Zeitschr. Bd. I, pag. 115.)*

Hypertrichosis bei Frauen lässt sich bekanntlich nur durch eine vorsichtig angewandte elektrolytische Epilation dauernd be-



kämpfen. Immerhin gehört eine zuverlässige technische Einrichtung und viel Uebung dazu, um diese langwierige und verantwortliche Procedur zu Ende zu führen. Zu starke Einwirkung der häufig in sich schwankenden Stromquellen oder Neigung der Behandelten zu celoider Reaction können zur Bildung recht hässlicher punkt- oder strichförmiger Narben und somit zu einer doppelten Entstellung führen. Rücksicht auf Asepsis und Hämophilie lehrt jedes Anstechen von Blutgefässen vermeiden und doch kann dies nicht immer umgangen werden. Endlich tragen die wochen-, ja monatelang fortgesetzten Sitzungen nicht gerade zur Erfrischung des Nervensystems bei. Der quälenden Bartbildung bei Mädchen und Frauen wäre gewiss am weitreichendsten begegnet, wenn man seiner Entstehung vorbeugen lernte. In diesem Sinne hat Verf. einige Erfahrungen gesammelt, deren weitere Bestätigung zu dem gewünschten Ziele führen möchte. Bei manchen der in Behandlung Befindlichen fiel es auf, dass die Cur zwar einen verhältnissmässig raschen Fortgang hatte, trotzdem aber die Zahl der neu aufzuschiessenden Härchen eher zu- als abnahm. Sobald aber das Verbot befolgt wurde, zwischen den elektrischen Sitzungen, das vorher beliebte mechanische Auszupfen mit der Pincette noch weiter vorzunehmen, verlangsamte sich der Schwund der Haare, es kamen aber keine Nachschübe mehr zum Vorschein. Andererseits ist es wohl allgemein bekannt, dass Männer, mit Bartflechten behaftet und deshalb zur Epilation angehalten, hernach meist einen dichteren und kräftigeren Bartwuchs an den vorher kranken und der Auszupfung unterzogenen Stellen erlangen. Je öfter die Haare ausgerissen werden, um so stärker kommen sie wieder, um so fester wurzeln sie und um so reichlicher schiessen sie in der Umgebung auf. Die ursprüngliche Anlage für Ausbildung von kräftigeren Haaren liegt in den Lanugohaartaschen, sie bedarf erst besonderer Anreize, um zum Auswuchs wirklicher Schafthaare zu dienen. Auf die passenden Irritamente erfolgt dann nicht die Bildung ganz neuer Gewebsbestandtheile, sondern eine Art pathologischen Riesenwachsthum sonst im Verborgenen bleibender Keime. Zu diesen Reizerfolgen gehört das Aufschiessen von Haaren an ungehöriger Stelle beim weiblichen Geschlecht. Der Hergang, wie er sich in der grössten Mehrzahl aller hierauf geprüften Fälle darstellt, ist folgender: Ein weibliches Wesen wird zufällig darauf aufmerksam, dass sich in ihrem Gesicht ein oder mehrere Härchen finden. Diese Haare werden ausgezupft. Nach einiger Zeit erscheinen sie wieder, etwas länger, dicker und dunkler als zuvor und begleitet von mehreren jüngeren Exemplaren, die aus der Nachbarschaft hervorspriessen. Wieder wird epilirt und wieder kommt derselbe Vorgang zu Stande, jedoch in geometrischer Progression und so fort, weil die vordem vereinzelte, kaum auffällige Haarbildung einer mehr und mehr üppigen Wucherung Platz gemacht hat. Neben den wirklichen Missbildungen und Naturspielen, neben chemischen Einwirkungen (Sublimat, Sinapismen) und Nervenläsionen, welche den abnormen Haarwuchs begünstigen, liegt in der Epilation einzelner Haare jedenfalls ein sehr gewöhnlicher Anlass dafür, dass bei Angehörigen des weiblichen Geschlechts Barthärchen zur reichlichen Entwicklung gelangen. Praktisch würde die Kenntniss dieser That-

sache sicherlich manche Frau vor umständlichen Heilversuchen bewahren. Vom theoretischen Gesichtspunkt aber scheint hier ein physiologisches Problem vorzuliegen: Auf einen indirecten mechanischen Reiz antwortet mit einer Reflexhypertrophie eine bestimmte Gewebeart, und das pathologische Wachsthum bleibt auch weiterhin in sichtbarem Zusammenhang und gleichem Tempo mit der Gewebeschädigung. Im ätiologischen Sinne aber werden wir durch die geschilderte Beobachtung auf eine Art von, wenngleich zunächst kosmetischen Leiden hingeführt, welches ziemlich willkürlich herbeigeführt und vermieden werden kann. *O. R.*

297. ***Sublimatinjectionen in die Urethra.*** *Von Dr. G. Th. Fischer, Rochester. (Therap. Monatsh. 1894.)*

Gegenüber mehrfacher in der Literatur vorhandener Empfehlungen von 1‰iger Sublimatlösung als Injection in die Harnröhre warnt Verf. auf das Dringendste vor Anwendung einer derartig starken Sublimatsolution durch eine Erfahrung belehrt, die er selbst einst mit einer 0·5‰igen Lösung machte. Patient war ein kräftiger, allerdings neurasthenischer Mann. Verf. gab ihm als desinficirende Urethralinjection: Rp. *Hydrarg. bichl. corr. 0·1, Cocain. muriat. 4·0, Aq. dest. 200.* Gleich nach der Einspritzung bemerkte Patient eine weissliche Färbung des Orificium urethrae, hatte aber keine Schmerzen; diese stellten sich in heftigstem Masse beim ersten Uriniren ein. Zwei Tage später wurde ein circa 6 Cm. langer, fast vollständiger Ausguss der Harnröhre ausgestossen, der sich unter dem Mikroskop als necrotisirte Schleimhaut erwies. Patient litt sehr, verlor beträchtlich an Gewicht und bekam Selbstmordgedanken. Die Heilung ging sehr langsam vorwärts, zumal der Verweilcatheter nie länger als $1\frac{1}{2}$ Tage vertragen wurde. Die Harnröhre ist also, wie das Beispiel zeigt, gelegentlich ausserordentlich empfindlich gegen Sublimat, weshalb dieses zu Urethralinjectionen am besten gar nicht, oder wenigstens nicht über $\frac{1}{20000}$ gegeben werden sollte. *—r.*

298. ***Congenitale Syphilis bei paterner Infection.*** *Von Dr. Bergh. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1893, Bd. XVII, pag. 113. — Dermat. Zeitschr. Bd. I.)*

Die congenitale Syphilis kann sowohl vom Vater als der Mutter stammen. Eine syphilitische Mutter steckt meistens ihr Kind an, auch wenn dessen Vater gesund und ihre Syphilis nach der Conception erworben ist. Ein syphilitischer Mann steckt in der Regel eine Frau an, wenn sie concipirt. Dass eine Frau ein syphilitisches Kind zur Welt bringen kann, ohne selbst syphilitisch zu sein, wird vielfach angeführt, jedoch ist die Gesundheit solcher Mütter oft sehr zweifelhaft, wofür die günstige Wirkung mercurieller Behandlung und die negativen Impfversuche mit syphilitischen Producten sprechen. Die meisten Mütter, die syphilitische Kinder gebären, sind sicher syphilitisch; eine geringere Anzahl ist latent syphilitisch oder gegen Syphilis durch die vom syphilitischen Gifte des Fötus gebildeten Toxine immunisirt. Eine Infection des Vaters mit Ausschluss der Mutter scheint in seltenen Fällen vorzukommen: Eine 20jährige Puella publica gebar am 31. Januar 1892 zum ersten Male ein ausgetragenes Kind. Normales Wochenbett; das Kind kam zu einer Pflegemutter, die ganz gesund war, keine



anderen Pfleglinge hatte und das Kind mit Milch nährte. Nach 14 Tagen Schnupfen, Nässen am After, Flecke am Körper. Nach weiteren 14 Tagen eiteriger Ausfluss aus Nase und Vulva, weisses Infiltrat am harten Gaumen, Flecke und Papeln am ganzen Körper. Das Kind erhielt dreimal täglich 2 Cgrm. Calomel und wurde nach Verbrauch von 200 Cgrm. gesund entlassen. Am 9. Juni 1892 aber wurde die Mutter mit frischer Syphilis in's Hospital aufgenommen, also volle 6 Monate nach der Geburt des Kindes. Dass die Mutter bei der Geburt des Kindes gesund war, ist dadurch bewiesen, dass sie 6 Monate später an frischer Syphilis erkrankte. Eine Reinfection lag nicht vor. In der Literatur sind nur noch zwei ähnliche Fälle mitgetheilt.

299. ***Neurotisches (reflectorisches) Eczem.*** *Von Dr.* ***G. D. Holstein.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XVIII. 1. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 15.)*

Bei dieser Form des Eczems, welches vorzugsweise das Kindesalter befällt, macht sich die Störung am häufigsten im Gesicht geltend, das manchmal ein maskenartiges Aussehen gewinnt. In Bezug auf die Häufigkeit des Befallenwerdens folgen die Kopfschwarte (total oder partiell), dann die Streckseiten der Oberextremitäten. Die Läsionen zeigen die Neigung, sich entweder an einer Nervenkreuzungsstelle oder über dem Vertheilungsgebiet der Endzweige eines cutanen Nervenastes zu localisiren. Die befallenen Partien sind stets scharf umgrenzt, meist rundlich, die Ränder der Flecke scharf umschrieben, die Oberfläche derselben alle Stadien des Eczems aufweisend. Am auffallendsten ist die Symmetrie, gleichgrosse Gebiete, in gleichmässigem Grade, in gleicher Weise ergriffen. Neben der Vermeidung der Beugeseite und der Symmetrie ist die Neigung zum Recidiviren bemerkenswerth, die Wendung zum Bessern findet in ebenso kurzer Zeit oft statt, wie die Verschlimmerung sämmtlicher Symptome mitten in der Abheilung. Das häufigste ätiologische Moment bilden Verdauungsstörungen bei Brustkindern und bei entwöhnten Kindern durch Fehler in der Qualität und Quantität der verabreichten Nahrungsmittel. In einem Falle war eine bei der Stillenden bestehende Obstipation der einzige zur Erklärung auffindbare ätiologische Factor und die Beseitigung der mütterlichen Verstopfung war von einer Besserung im Befinden des Kindes begleitet. Auch bei Erwachsenen werden solche Eczemfälle, die in Abhängigkeit von der Nahrungszufuhr, von Obstipation etc. standen, beobachtet. Bei älteren Personen waren gewisse allgemeine, gleichsam neurasthenische Störungen des Organismus, wie sie durch geistige Ueberanstrengung erzeugt werden, von ursächlicher Bedeutung. Jedoch waren die nervösen Störungen nur functionellen Charakters, dafür sprechen die rapiden Veränderungen (Recidive und Ameliorationen) an den cutanen Läsionen. Auf äussere Irritamente konnten diese Fälle nicht zurückgeführt werden wegen der Symmetrie, der scharfen Abgrenzung, der charakteristischen Localisirung, sie sind vielmehr nur auf eine Reflexwirkung zurückzuführen. Was die Behandlung angeht, so hat man zunächst die ätiologischen Verhältnisse aufzufinden und zu beseitigen, dann gegen die Hyperästhesie der Reflexcentra Bromide und Antipyrin in Anwendung zu bringen, gegen den

acuten Juckreiz calmirende Localapplicationen mit Salicylsäure, Menthol, Ichthyol etc. In hartnäckigen Fällen hat sich Ergotin 3mal täglich 0·6 und in noch grösserer Dosis sehr nützlich erwiesen und äusserlich als Extract. fluid. 2—12·0 auf 30·0 Salbe. *Crocker* empfiehlt die Application von Sinapismen oder blasenziehender Flüssigkeiten an der Wirbelsäule.

300. ***Tonsillar-Schanker, eine häufige Form der extragenitalen Infection.*** *Von* ***L. Duncan-Bulkley.*** *(Transactions of the med. Society of the State of New York. 1893. — Dermat. Zeitschr. Bd. I. Heft 1.)*

Unter zweitausend Fällen von Syphilis hat Verf. 111mal, also in über 5%, eine extragenitale Infection angetroffen. Auffallend häufig waren Tonsillar-Schanker vorgekommen, aber meist als Tonsillitis oder Diphtherie aufgefasst worden, ein Zeichen dafür, dass (wenigstens in Amerika) nicht allen Aerzten das Bild derselben geläufig sein mag. Das erste Symptom bei Primärerkrankung der Tonsille ist gewöhnlich ein stechender Schmerz und das Gefühl der starken und raschen Anschwellung. Auf der Oberfläche der ergriffenen Mandel findet sich stets eine scharf umgrenzte Erosion mit klebrigem Belag. Als wesentlicher Anhalt für die Diagnose aber ist die Induration hervorzuheben, die sich durch Palpation mit dem durch Carbolvaselin geschützten Finger feststellen lässt. Die inficirte Tonsille ist manchmal steinhart. — Der weitere Verlauf der im Anschluss an Tonsillar-Schanker entstehenden Syphilis pflegt ein verhältnissmässig schwerer zu sein (wahrscheinlich weil die Diagnose lange verschleiert bleibt, oder weil die Eingangspforte eine besonders geeignete ist). Die Quelle der Uebertragung bilden meist Küsse.

301. ***Fall von Lymphvaricen an der Lippenschleimhaut in Folge von wiederholtem Erysipel.*** *Vorgestellt von* ***Tenneson*** *und* ***Darier*** *in der Gesellschaft f. Dermatologie und Syphilographie zu Paris. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 15.)*

Patientin ist ein Mädchen von 19 Jahren, das seit 12 Jahren jährlich drei- bis viermal an Erysipelattaken erkrankte. In Folge dieser mit nicht allzu grossem Fieber einhergehenden Erkrankungen entwickelte sich ein lymphatisches Oedem der rechten Wange mit Anschwellung des unteren Augenlides, also eine wahre Elephantiasis. Auf der linken Wange besteht ein wenig ausgesprochenes Oedem. Ausserdem traten seit dem letzten Anfall auf der Schleimhaut beider Lippen und auf der benachbarten Wangenpartie zahlreiche durchsichtige Bläschen auf, die in der Mucosa lagen; sie waren stecknadelkopfgross, ohne rothen Hof und schmerzlos. Einige dieser Bläschen platzten spontan, dann bildeten sich unaufhörlich neue. Am Halse sind Narben früherer abscedirter Drüsen vorhanden; jetzt bestehen keine Drüsenschwellungen. Die histologische Untersuchung des Inhaltes dieser Vesikeln zeigt, dass es sich um Lymphvaricen handelt, die sich aus den normalen Lymphcapillaren und aus den subpapillären Lymphsinus entwickelt haben. Die Wandung zeigt ein zusammenhängendes Endothelium ohne Membrana propria. In den Geweben findet man keine Streptococcen. Es ist wahrscheinlich, dass das chronische Oedem und die Lymphvaricen mechanischen Ursprungs und die Folge einer obliterirenden



Lymphangitis oder einer Sclerose der Ganglien auf Grund des wiederholten Erysipels sind.

302. ***Wie lange Zeit hindurch soll die Syphilisbehandlung geführt werden?*** *Von Prof. Dr.* ***Kaposi.*** *(Wiener med. Wochenschr. 1894. 3. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 4.)*

Verf. erklärt sich zunächst gegen die von zahlreichen Autoren, zuerst von *Fournier*, empfohlene „continuirliche" Cur, die er für physisch und moralisch schädlich hält. Er räth die erste Behandlung lange und sorgfältig zu führen; je entschiedener und nachhaltiger dies in der allerersten acuten Erkrankungsperiode der Fall ist, desto sicherer kann Recidiven und einem protrahirten Verlaufe vorgebeugt werden. Die Cur ist zu wiederholen, so oft wirkliche Syphiliserscheinungen da sind, aber auch nur dann. Für die Behandlung kommen in erster Linie in Betracht Hg-Einreibungen, nur wenn diese nicht möglich, Injectionen. Die Heilbarkeit der Syphilis ist für Verf. eine unbezweifelbare Thatsache; eine weniger günstige Prognose bieten Phthisiker, Alkoholiker und solche, die in der ersten Krankheitsperiode keine methodische und wirksame Allgemeincur gemacht haben, endlich solche, die eine sogenannte Präventivcur durchgemacht haben. Im Gegensatz zu *Fournier* fand Verf., dass die Syphilis bei Weibern bedeutend günstiger verläuft als bei Männern.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

303. ***Protozoen und Carcinom.*** *Von Dr.* ***J. Adler,*** *Prof. an der New-Yorker Poliklinik. (The Amer. Journ. of the Med. Sciences. 1894. January.)*

Verf. beschäftigte sich in den letzten drei Jahren mit dem Studium der Protozoen, ihrer Histologie und ihrer Beziehung zu den Carcinomen. Zu diesem Zwecke wurden mehr als 60 Carcinome, überdies noch eine grosse Anzahl von Sarcomen und nicht bösartigen Gewächsen untersucht. Die Geschwülste wurden theils sofort nach der Exstirpation, theils noch vor der Operation durch Entfernung einer kleinen Geschwulstportion untersucht. Die zu untersuchenden Stücke kamen in verschiedene Lösungen, wurden gehärtet und in Paraffin oder Celloïdin eingebettet, sodann mit dem Mikrotom geschnitten und untersucht. Wir kennen bereits mehrere Arten von pathogenen Protozoen, die man leicht erkennen und nachweisen kann, z. B. das Plasmodium malariae, die Amoeba der Dysenterie und anderer Formen der Enteritis, das Coccidium oviforme der Kaninchen. Die Amoeben sind in den Dejecten durch ihre Bewegung und Structur leicht von anderen Zellen zu unterscheiden. Wenn man sie im lebenden Zustande gesehen, so sind sie auch leicht in gehärteten Geweben zu erkennen. Die Amoeben sind keine intracellulären Parasiten, und die Coccidien haben einen wohl charakterisirten Entwicklungscyclus und sind im eingekapselten Stadium wohl kaum zu verkennen. Das Plasmodium malariae ist ein intracellulärer Parasit. Noch vor wenigen Jahren



war man strittig, ob es ein Parasit oder eine degenerirte Form der Erythrocyten wäre. Man kann das Plasmodium im lebenden Zustande sich innerhalb des rothen Blutkörperchens bewegen sehen. Ueberdies gibt noch das Methylenblau ein diagnostisches Hilfsmittel, indem es das Plasmodium färbt, während das Blutkörperchen die Farbe nicht annimmt. Es ist sonach kein Zweifel an der Existenz der protozoischen und parasitischen Natur des Plasmodium. Schwieriger ist die Diagnose der Carcinomparasiten. Die Verhältnisse sind zu complicirt, da man die Parasiten im lebenden Gewebe nur schwer untersuchen kann und man nur an veränderte gehärtete Gewebe angewiesen ist. Wenn man Schnitte, die in *Flemming*'scher Lösung, Pikrinsäure, Alkohol oder Quecksilberchlorid lagen, vergleicht, kann man die grossen Unterschiede erkennen, die sich aus den verschiedenen Fixations- und Härtemethoden ergeben. Neben den Präparationsmethoden kommen noch Veränderungen in der Zelle selbst in Rechnung. Progression und regressive Metamorphosen finden statt im carcinomatösen Gewebe, Degenerationen aller Arten (hyaline, colloide, gelatinöse etc.), Vacuolenbildung, Unregelmässigkeit in der Vertheilung des Farbstoffes, karyokinetische Processe, asymmetrische Mitosen, Ein- und Auswanderung von rothen und weissen Blutkörperchen, — diese und andere zahlreiche Unregelmässigkeiten müssen sorgfältig studirt und gesichtet werden.

Wie kann man nun zur Diagnose der protozoischen Parasiten im Carcinom gelangen? Sie lassen sich nicht rein züchten, sie haben kein specifisches Tinctionsvermögen. Man kann sie kaum im lebenden Gewebe nachweisen, während noch Zellveränderungen im Tumor intracelluläre Parasiten vortäuschen. In Anbetracht dieser Umstände kann man die Diagnose auf einen protozoischen Parasiten im Krebse nur dann stellen, wenn seine morphologischen Eigenschaften und seine Reaction gegen Farbstoffe derart sind, dass man alle oben angedeuteten zahlreichen Arten der Zellmetamorphose und alle Unregelmässigkeiten im Zellleben ausschliessen kann und wenn sie einen genügend charakterisirten und festgestellten Entwicklungscyclus zeigen. Einige Beobachter verlegen den Sitz des Parasiten in den Zellkern, andere hingegen in das Zellprotoplasma oder zwischen die Zellen. Wenn man die diesbezüglichen Publicationen von *Wickham*, *Steinhaus*, *Foà*, *Podwyssozki*, *Sawtschenko*, *Soudakewitsch*, *Sjöbring*, *Pfeiffer* verfolgt, so findet man mit Bezug auf die Protozoen sehr verschiedene Ansichten. Einige, wie *Albarrau*, *Malassez*, *Darier*, *Wickham* u. A. sind überzeugt von der constanten und reichlichen Anwesenheit der Protozoen im Carcinom, während Andere, wie *Borrel*, *Firket*, *Klebs*, *Rilibert*, *Stattock* und *Ballance* die Existenz derselben leugnen und sie für Zellabnormitäten ansehen. Auch viele andere Autoren, wie *Török*, *Steinhaus*, *Podwyssozki*, *Strolbe*, *Siegenbeck*, betrachten die Parasiten als Formen der Zellmetamorphose. Verf. kann nach Untersuchung eines grossen Materiales und mit Berücksichtigung aller von den Autoren angebenen und beschriebenen Merkmale der Protozoen die Existenz derselben nicht zugeben. *Korotneff* beschreibt einen Parasiten, Rhopalocephalus carcinomatosus, als specifischen Erreger des Krebses. Seine Beobachtungen beruhen auf einem kleinen Materiale.



Nichtsdestoweniger scheint man es hier mit einem wahren Parasiten im Krebse zu thun zu haben, welcher alle oben angegebenen Bedingungen erfüllt. Auch bei *Sawtschenko* und *Burchardt* scheint dies der Fall zu sein. Welche Beziehungen haben die Protozoen zum Krebse? Sind sie die Ursachen dieses Leidens? Sind wir berechtigt, die Tumoren, die durch die Parasiten erzeugt werden, als wahre Krebse anzusehen? Die charakteristischen Merkmale eines Krebses sind: Neubildung von Epithel und Stroma in einer typischen Weise, die Bildung von metastatischen Tumoren in verschiedenen Körpertheilen, die sämmtlich dem primären Tumor im Baue gleichen. Auftreten einer allgemeinen Cachexie, wahrscheinlich eine Folge von toxischen Producten des Carcinomgewebes. Die durch Protozoen verursachten Tumoren haben nichts gemeinsam mit dem Carcinome, aber sie zeigen alle Merkmale einer chronischen Irritation oder Entzündung. Die Beobachtungen haben erwiesen, dass gewöhnliches Epithel, sofern es durch den Blut- oder Lymphkreislauf an irgend eine Stelle gebracht wird, gewiss nicht erheblich wuchert und endlich zerstört wird. Bei den Carcinomgeschwülsten hingegen werden vom primären Tumor Partikel abgelöst, die an entfernten Körperstellen unabhängig vom Charakter des dortigen Gewebes wuchern und die Structur des primären Gewächses annehmen. Carcinome und Protozoen könnten im innigen Zusammenhange stehen, wenn wir bei jedem Falle von Carcinom einen ständigen, specifischen und wohl charakterisirten Mikroorganismus finden würden. Diese Mikroorganismen müssten sich rein züchten lassen, und Impfungen mit denselben müssten typische Krebse erzeugen. Zahlreiche Versuche, Krebs durch Inoculation und Transplantation zu erzeugen, haben zu keinem Resultat geführt. Erfolgreiche Transplantationen von *Hanan, Wehr, Hahn, Bergmann* kommen hier nicht in Betracht. Eine specifische Form von Protozoen hat man im Krebse nicht gefunden. Man findet wohl Protozoen im Krebse, aber von verschiedener Art und in keiner charakteristischen Vertheilung. Auch im Sarcome wurden verschieden geformte, intracellulär eingeschlossene Gebilde beschrieben, die als Protozoen angesehen werden könnten *(Steinhaus, Pawlowsky)*. Zwei jüngst erschienene Arbeiten werfen neues Licht in diese Frage. *Adamkiewicz* meint, die Carcinomzellen haben keinen epithelialen Charakter, sie sind keine Derivate der Epithelzellen, sondern voll ausgewachsene Parasiten, und die kleinzellige Infiltration ist ihr Jugendstadium (Zoosporen). Diese Parasiten enthalten ein Toxin, welches curativ gegen Krebs wirken soll. Die Experimente *Adamkiewicz'* wurden durch *Geissler* geprüft, aber nicht bestätigt. Die zweite Arbeit stammt von *L. Pfeiffer*. Auch er fand einen Parasiten im Krebse (Amoebosporidia). Er studirte das Carcinom im metastatischen Knoten des Muskelgewebes und acceptirte die durch *Wickham* und andere Autoren beschriebenen intracellulären Gebilde als bestimmte Formen in der Entwicklung des Parasiten (Dauerformen), indem auch er einen charakteristischen Entwicklungscyclus annimmt. Verf. glaubt, diese Ansicht nicht theilen zu können, und kommt zu folgendem Schlusse: Die Existenz eines protozoischen Parasiten im Krebse ist möglich, aber ein specifischer, constanter ist bis jetzt noch nicht beschrieben worden. Der parasitische Ursprung



des Carcinoms ist gegenwärtig weder histologisch, noch experimentell oder auf andere Weise bewiesen worden.

Dr. *Oestreicher,* Carlsbad.

304. ***Porcellan- und Fayencearbeit.*** *Von G. Paté. (Annales d'hygiène publ. XXVII, pag. 103.)*

Die Studien über die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter in Fayencefabriken in Moutereau ergaben: 1. Die meisten Fayencearbeiter erliegen einer chronischen Lungenaffection, der sogenannten Phthisis der Fayencearbeiter. Dieselbe ist eine Sclerose der Lungen, welche hervorgerufen wird durch die Einathmung reizenden Staubes, macht drei Stadien durch und endet mit Tod durch Asphyxie. 2. Die eigentliche Tuberculose ist bei den Fayencearbeitern nicht häufig, zeichnet sich allemal durch langsamen Verlauf aus und heilt bei ihnen nicht so ganz selten. Dr. *E. Lewy.*

305. ***Desinfection von Wunden.*** *Von Schimmelbusch. 22. Congr. d. deutschen Gesellsch. f. Chir. Berlin 1893, 12.—15. April.*

Die bisher übliche Methode der Prüfung der antiseptischen Wirkung von Substanzen im Reagensglase und an todten Objecten gestattet keine Schlussfolgerungen auf inficirte Wunden. Legt man Thieren Wunden an, die mit einer bestimmten Bacterienart inficirt und dann mit dem zu prüfenden Antisepticum (1‰ Sublimat, 5% Carbol, essigsaure Thonerde, Kreolin, Chlorzink u. A.) energisch überrieselt werden, so ist eine antiseptische Wirkung nicht zu erkennen. Die Thiere gehen sämmtlich an der überimpften Krankheit zu Grunde, auch wenn die Irrigation der Wunden der Infection derselben unmittelbar folgte. Die Ursache der Unwirksamkeit der Antiseptica am lebenden Körper ist vielleicht die, dass sie durch ihre Verbindung mit dem Gewebseiweiss ausgefällt werden oder sich niemals mit allen Theilen der inficirten Wunden in Verbindung bringen lassen. — Wenn man bei einer Maus die Amputation des Schwanzes, an dessen Wurzel eine mit Milzbrand inficirte Wunde angelegt worden ist, länger als 10 Minuten nach der Infection aufschiebt, ist der Tod der Maus an Milzbrand nicht mehr aufzuhalten. Die Infectionsträger gelangen schon in wenigen Secunden in die Gewebsinterstitien hinein. Dr. *E. Lewy.*

306. ***Sanitäre Anforderungen an Dampfbädern.*** *Bericht des Wiener Stadtphysikates. 1892—1893.*

Ueber den Betrieb der Dampfbäder wurde anlässlich einer in einem solchen Bade vorgekommenen Verbrühung eines Badegastes die commissionelle Ueberprüfung der Einrichtungen der in Wien bestehenden Dampfbäder beantragt und sind hierfür die nachfolgenden Bestimmungen empfohlen worden: Fixirung einer Maximaltemperatur und der Dauer des Aufenthaltes in der Dunstkammer, Ueberwachung durch erfahrene Badediener, eventuell von einem Vorraum aus, Ermöglichung der Ablesung des Thermometers von aussen, Regulirung der Temperatur durch die Badediener und Verhinderung jeder diesbezüglichen Einwirkung anderer Personen, Anbringung sicherer Vorkehrungen zur Vermeidung des directen Ausströmens des Dampfes gegen den Badegast aus den Rohrleitungen der Dunstkammer, Beschränkung der allfälligen aussergewöhnlichen Benützung der Dampfbäder über die fest-



gesetzten Normen hinaus auf solche Fälle, für die eine diesbezügliche ärztliche Anordnung stattgefunden hat und eine sorgfältige Ueberwachung veranlasst worden ist, Ermöglichung der Benützung eines kalten Wasserstrahles in jeder Dampfkammer, Anbringung von Signalapparaten in denselben und von Vorrichtungen für eine zweckmässige Lufterneuerung, die Entfernung aller für bestimmte Heilzwecke dienenden Einrichtungen, Instruirung der Badediener nach Thunlichkeit über die erste Hilfe bei Unglücksfällen und Ermöglichung einer raschen Hilfeleistung, Verpflichtung des Badebesitzers bezüglich der Controle des Thermometers und der Einrichtung für die Dampfeinströmung und zur Einhaltung eines regelmässigen Wechsels bezüglich der in den Dampfkammern beschäftigten Badediener, sowie zur Bereithaltung eines vorgeschriebenen sogenannten Rettungskastens, endlich die Festsetzung einer eigenen Badeordnung für die Dampfbäder. Für eine solche Badeordnung wurden folgende Punkte vorgeschlagen: 1. Die Angabe der zulässigen oberen Temperaturgrenze in den Dampfkammern, welche mit 25° C. zu normiren wäre. 2. Die Angabe der zugelassenen Aufenthaltsdauer in den Dampfkammern, wenn deren regelmässige Temperatur 46° C. übersteigt, in welchem Falle dieselbe auf 10 Minuten zu beschränken wäre. 3. Die Verpflichtung der Badediener: *a)* die innerhalb der Dampfkammer eingestellten Objecte täglich nach Sistirung des Betriebes allseitig gründlich zu reinigen; *b)* die Temperatur in den Dampfkammern durch Ablesen der Thermometer mindestens alle 10 Minuten zu controliren, wofern die Badediener nicht ohnehin ihren Standort innerhalb der Dampfkammer angewiesen hätten; *c)* sich täglich vor Eröffnung des Bades darüber zu vergewissern, dass jene Einrichtungen, welche das directe Anströmen der Wasserdämpfe aus den Dampfzuleitungsröhren auf die Badegäste zu verhindern bestimmt sind und über deren Handhabung sie besonders eingehend bei dem Dienstantritte instruirt werden müssen, sich in tadellosem Zustande befinden; diesen Einrichtungen bei allfälliger Möglichkeit eintretender Veränderungen auch im Laufe des Tages die nothwendige Aufmerksamkeit zu widmen und wahrgenommene Gebrechen sofort abzustellen; *d)* die regelmässige Handhabung der in allen Abtheilungen von Dampfbädern auszuführenden Ventilationsvorrichtungen und der täglichen Lüftung der Dampfkammern nach Schliessung des Bades womöglich durch Oeffnen der Fenster; *e)* die Beheizung der Vor- und Warteräume bei kalter Witterung und die Erhaltung einer constanten Temperatur von 16—18° C. in denselben; *f)* die Beachtung des Gesundheitszustandes der Badegäste und die Anweisung derjenigen, welche mit Hautausschlägen behaftet betroffen wurden, durch ein ärztliches Zeugniss den Nachweis zu liefern, dass ihr Zustand die Mitbadenden nicht gefährde; *g)* die sofortige Ausscheidung der Wäsche eines einer Infectionskrankheit verdächtigten Badegastes; dieselbe ist in 5%iger Carbolsäurelösung einzulegen und gesondert zu waschen, die benützte Ankleidecabine ist sofort bis nach erfolgter Desinfection, wegen deren Durchführung die Anzeige an das Gemeindeamt zu erstatten sein wird, ausser Verwendung zu setzen; *h)* die sorgfältige Reinhaltung aller Utensilien, speciell auch der Kämme und Kopfbürsten; *i)* die Verwarnung der Bade-



gäste. eigenmächtig Regulirungen an den Dampfleitungen vorzunehmen und die Application von Substanzen, die die Mitbadenden belästigen könnten, vorzunehmen.

307. ***Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Löffler'schen Diphtheriebacillus und zur „Blutserumtherapie".*** *Von Stabsarzt Dr.* ***Wernicke.*** *Aus dem hyg. Institut der Universität Berlin. (Arch. f. Hygiene. XVIII. 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 4.)*

Der Wunsch, die im Laboratorium gewonnenen Erfahrungen über das Blut immunisirter Thiere für die Praxis nutzbar zu machen, musste zu Versuchen überleiten, auch an grossen Thieren die künstliche Immunisirung vorzunehmen. Nachdem zuerst von *Behring* und Verf. Schafe für höchst geeignet dazu befunden worden waren, führte ein nebensächlicher Umstand den Verf. zu Versuchen an Hunden. Er konnte zunächst die Ergebnisse von *Roux* und *Yersin* bestätigen, dass der Hund zu den gegen den *Löffler*'schen Bacillus empfindlichsten Thierclassen gehört. Auch die Immunisirung gegen den Bacillus ist bei diesem Thiere analog den bisher geübten Methoden zu erreichen. Ein Ergebniss der vorliegenden Versuche muss allerdings als ein Novum bezeichnet werden: Es gelang dem Verf., durch Fütterung mit dem Fleisch eines immunisirten Schafes bei Hunden einen gewissen Grad von Diphtherieimmunität zu erzeugen. *Ehrlich's* hierher gehörige Versuche „Ueber Immunität durch Säugung" unterscheiden sich eben dadurch wesentlich, dass sie an saugenden Thieren gemacht sind; seine Versuche, durch Verfütterung der Organe tetanus- und rizinfester Thiere die Immunität zu übertragen, fielen negativ aus. Um so bemerkenswerther und höchst anregend zu weiteren einschlägigen Versuchen sind die Resultate Verf.'s. Sie weisen darauf hin, dass das immunisirende Princip auch in den Organen ebenso wie im Blutserum enthalten ist; dass ferner der antitoxische Stoff vom Verdauungscanal aus, ohne einer Alteration durch die Verdauungssäfte zu unterliegen, aufgenommen werden kann. Der durch diese Fütterung erzeugte Grad der Immunität ist nur gering, doch ist er um so grösser, je mehr immunisirende Substanz im Verhältnisse zum Körpergewicht einverleibt worden ist. Auch durch Verfütterung von Organen eines an Diphtheriegift verendeten Schafes erzeugte Verf. bei einem Hunde einen ziemlichen Grad von Immunität. Hier handelt es sich natürlich um „active" Immunisirung, nicht um Uebertragung bereits gebildeter Schutzstoffe. Eine weitere, praktisch wichtigere Methode, Hunde gegen den Diphtheriebacillus zu immunisiren, ist die an Meerschweinchen von ihm zuerst erprobte, vollvirulente Diphtheriebouilloncultur oder bacillenfreies Diphtheriegift in nicht tödtlicher, nur krankmachender Dosis zu injiciren. Nachdem dadurch eine Immunität gegen die tödtliche Dosis erreicht ist, was unter starken localen und allgemeinen Reactionen erfolgt, kann eine Steigerung der Immunität zu hohen Graden durch Weiterbehandlung mit grösseren Dosen erzielt werden. Hierbei konnte Verf. wichtige Beobachtungen machen. Während nämlich Diphtheriebacillen subcutan injicirt im Körper nicht immuner Hunde mehrere Wochen am Leben bleiben, sind sie schon nach 24stündigem Aufenthalt im Körper des immunisirten Hundes in ihrer Virulenz stark

beeinträchtigt, nach 3—4 Tagen völlig zu Grunde gegangen. Specielle Untersuchungen haben zu entscheiden, ob bactericide, phagocytäre oder sonstige Einflüsse diese Wirkung ausüben. Mit dem Serum seiner auf die erwähnte Art immunisirten Hunde hat Verf. nun therapeutische Versuche an Meerschweinchen gemacht. Er inficirte 15 Meerschweinchen gleichzeitig mit einer Dosis Diphtheriebouilloncultur, die drei unbehandelt bleibende Thiere in 2—8 Tagen typisch tödtete. 20 Minuten nach der Infection erhielten vier Thiere wechselnde Mengen des Serum subcutan, eine zweite Serie 8 Stunden, eine dritte 24 Stunden später. Es zeigte sich, dass noch nach 24 Stunden Heilung sicher erzielt werden konnte; doch ist, wie schon *Behring* gelehrt hat, erheblich mehr Serum zur Heilung nöthig, je später die Behandlung eingeleitet wird; nach 24stündiger Frist etwa 20mal mehr, als zur Immunisirung. Der Grad der bei den Hunden erreichten Immunität war ein sehr hoher; nach der bekannten *Behring*'schen Berechnung hat ihr Serum einen Immunisirungswerth von 1 : 4—5 Millionen; auf den Menschen übertragen, würden einige Centigramme genügen, einen Erwachsenen, und Milligramme, um ein Kind gegen Diphtherie zu immunisiren. Die Anwendung dieses Hundeserums ist nun auch schon, und zwar in der *Henoch*'schen und in der *Heubner*'schen Kinderklinik geschehen und hat sich, von einer bald verschwindenden, urticariaähnlichen Hautaffection abgesehen, als vollkommen unschädlich erwiesen. Verf. berichtet von den drei auf den *Henoch*'schen Kliniken behandelten Fällen, die schwere Erkrankungen darstellten, dass sie in Heilung ausgingen. Endgiltige Schlussfolgerungen verschiebt Verf. mit *Behring* bis zur Zeit, wo an Tausenden die Serumbehandlung geübt worden ist.

Literatur.

308. ***Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe, mit Ausblicken auf die Criminalanthropologie überhaupt.*** *Von Paul Näcke, Irrenarzt in Hubertsburg (Sachsen). — Wien, Braumüller, 1893.*

Die vorliegende Arbeit ist der Hauptsache nach eine Zusammenfassung der zahlreichen, bisher veröffentlichten Publicationen grösseren und geringeren Umfanges, die derselbe Autor in schwer zugänglichen Fachzeitschriften erscheinen liess. Allerdings handelt es sich hier nicht um einen blossen Neuabdruck, sondern es sind vielerlei Verbesserungen und Zusätze gemacht worden, welche die schnell aufeinanderfolgenden Arbeiten auf diesem weiten Gebiete erheischten, daher auch das Literaturverzeichniss auf das Doppelte vermehrt wurde, während die meist bis Ende 1890 geführten Krankengeschichten keine Ergänzung erfuhren. Durch die neuen anthropologischen Arbeiten *Lombroso's* und seiner Schule angeregt, glaubte Verf., auch die anthropologisch-biologische Seite des weiblichen Verbrecherthums in den Bereich seiner Forschungen einbeziehen zu müssen, zumal von deutscher Seite nur wenig anthropologische Untersuchungen vorliegen und über die Frauen in dieser Hinsicht fast gar keine Angaben existiren. Hier mag gleich bemerkt



werden, dass des Verf. Ergebnisse in vielen Punkten mit denen *Lombroso's* gar nicht übereinstimmen, ja einander ziemlich schroff gegenüberstehen. Von den 7 Abschnitten der recht interessanten Arbeit bringt der erste im Auszuge die Krankengeschichten: zwar wird nur das Wesentlichste davon mitgetheilt, doch immerhin so, dass der Leser im Grossen und Ganzen den Beginn, den Verlauf der Psychose, ihre Diagnostik u. s. w. controliren kann und nebenbei darin so Manches findet, was von allgemeinem socialen Interesse ist. Der zweite Abschnitt behandelt die Statistik des ganzen Materials nach den verschiedensten Gesichtspunkten; der dritte die im Gefängniss beobachteten Psychosen und deren fernerer Verlauf im Irrenhause; der vierte die Frage nach der Unterbringung der sogenannten irren Verbrecher. Der fünfte, weitaus grösste Abschnitt bezieht sich auf die anthropologisch-biologische Untersuchung unseres Materials, der sechste beleuchtet kurz das wechselseitige Verhalten von Irrsinn und Verbrechen und berührt dabei einige damit zusammenhängende psychologisch-biologische Momente; der siebente endlich beschäftigt sich mit der Behandlung und Verhütung des Verbrechens. Als Anhänge folgen eine kraniologische Studie und eine solche über den Gaumenwulst. Das Literaturverzeichniss kann zwar bei dem grossen Umfange des Gegenstandes nicht auf absolute Vollständigkeit Anspruch machen, dürfte aber kaum eine der wichtigeren neueren, besonders deutschen medicinischen Schriften unberücksichtigt gelassen haben und kann so eine brauchbare und für künftige einschlägige Arbeiten willkommene Bibliographie abgeben. *v. Buschman.*

309. ***Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge.*** *Von Dr.* ***E. Zuckerkandl,*** *Professor der Anatomie in Wien. I. Bd., II. umgearbeitete Auflage. Mit 34 lithographirten Tafeln. Wien und Leipzig, Wilh. Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, 1893. 309 S. gr. 8.*

Nur selten waren Arbeiten, die man als solche theoretischer Natur zu betrachten gewöhnt ist, für die ärztliche Praxis so unmittelbar von fruchtbarer und fördernder Bedeutung, wie die in der I. Auflage des obigen Werkes veröffentlichen Untersuchungen des hervorragenden Anatomen. Doch liegen in der II. Auflage wieder neue Früchte der anatomischen Forschung vor. Nicht nur sind die einzelnen Capitel durch neue Beobachtungen ergänzt, sondern Verf. hat in dem Capitel über das Gefässsystem der Nasenhöhle auch eine Monographie eingefügt, die ursprünglich im Jahre 1884 in den Druckschriften der kais. Akademie veröffentlicht wurde. Die Capitel über die Osteologie des Cavum nasale wurden durch eine Reihe vergleichend-anatomischer Bemerkungen ergänzt; durch sie werden manche Einrichtungen der Nasenhöhle aufgeklärt, welche die Betrachtung der Verhältnisse beim Menschen allein unaufgeklärt lassen würde. Entsprechend den Bereicherungen des Werkes ist sowohl der Text als die Anzahl der Tafeln gegenüber der I. Auflage beinahe um das Doppelte vermehrt. Die Ausstattung des bedeutenden Werkes ist eine vorzügliche. *—r.*

310. ***Chirurgische Technik. II. Band:*** *Allgemeine Operationslehre, Operationen an den Extremitäten IV., verbesserte Auflage. Von* ***F. v. Esmarch*** *und* ***C. Kowalzig.*** *Kiel, Lipsius und Fischer, 1894. IX und 323 Seiten, mit 505 Holzschnitten.*

Angesichts des Umstandes, dass dieses Werk gelegentlich seiner früheren Auflagen in diesen Blättern wiederholt ausführlich besprochen



wurde, können wir uns diesmal damit begnügen, das Erscheinen der neuen Auflage zu constatiren, eine Thatsache, die zumal bei der Grösse und Kostspieligkeit des so überreich ausgestatteten Werkes allein schon jede günstige Recension überflüssig macht. Mit Befriedigung wollen wir hier bemerken, dass die weitgehenden Rücksichten auf den Krieg und die Schussverletzungen, die in den ersten Auflagen vorwalteten, in dieser letzten kaum mehr zu Tage treten, daher den Titel: „Handbuch der kriegschirurgischen Technik", den das Werk eigentlich führt, kaum zu Recht mehr besteht und am besten wegbleibt. Hier haben wir es vielmehr mit einer allgemeinen Operationslehre zu thun, welche, abgesehen von den typischen Operationen, sich auch mit Klump- und Plattfussoperationen und anderen Eingriffen beschäftigt, die den Kriegschirurgen als solchen nicht interessiren. Damit ist das gegen früher systematischer geordnete Werk vollständiger geworden, theils indem es Operationen behandelt, die früher gar nicht aufgenommen waren, theils indem es verschiedene Ausführungsweisen für einzelne Operationen, z. B. für Resectionen, gibt, wo früher fast stets nur eine einzige beschrieben worden war. Auf diese Art hat es sehr an Selbstständigkeit gewonnen; und was scharfe genaue Zeichnungen und kurze prägnante Worte zur Darstellung von Operationsverfahren zu leisten vermögen, das ist hier geleistet. Dabei ist und bleibt das Buch ein treffliches Mittel zur raschen Orientirung und Wiederholung für solche Aerzte, welche die Operationslehre schon ausführlicher studirt und geübt haben, und nur das Technische ohne Indicationen sich rasch in's Gedächtniss zurückrufen wollen. Dagegen erscheint es für Anfänger ziemlich wenig geeignet, und zwar aus eben den angeführten Gründen. Anzuerkennen ist es auch, dass bei den Unterbindungen neue Orientirungsbilder über die topographische Lage der Gefässe eingefügt sind, technisch trefflich ausgeführt, wie denn überhaupt die Ausstattung des Werkes in jeder Hinsicht tadellos erscheint. Möge dieser vierten, in jeder Beziehung verbesserten Auflage des berühmten Werkes eine recht weite Verbreitung im ärztlichen Publicum beschieden sein; sie verdient es reichlich.

B . . . n.

311. ***Lehrbuch der allgemeinen Pathologie für Aerzte und Studirende.*** *Von Prof. Dr.* ***M. Perles.*** *Dritte Auflage. Herausgegeben von Prof. Dr. F. Neelsen, k. sächs. Medicinalrath am städtischen Krankenhause zu Dresden, Lehrer der pathologischen Anatomie bei den militärärztlichen Fortbildungscursen des XII. (königl. sächs.) Armeecorps. Mit 265 in den Text gedruckten Holzschnitten und 29 Abbildungen auf zwei Tafeln in Farbendruck. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1894. 729 S. gr. 8°*

Die Umarbeitung, welche *Neelsen* dem Werke des Verf. angedeihen liess, war schon in der früheren Auflage, entsprechend den Fortschritten, welche die pathologische Anatomie in dem Zeitraume nach dem ersten Erscheinen des Werkes gemacht hat, eine möglichst eingehende. Auch die dritte Auflage weist nicht nur in einzelnen Abschnitten zahlreiche Zusätze und Aenderungen auf, sondern es wurden einzelne Capitel, namentlich die über Thrombose und Embolie, sowie die über Protozoen und Bacterien gänzlich umgearbeitet. Während Verf. im Texte hauptsächlich den bereits feststehenden Thatsachen Rechnung trägt, wird in dem Anhang zu den einzelnen Abschnitten der genetische Theil der Frage im Kleindruck mit Nennung der Verff. und ihrer Arbeiten bis

auf die jüngste Zeit durchgeführt, so dass das Werk ebenso den Anfängern in die Doctrin einführt, als auch den Forscher auf die Quellen hinweist. Hervorzuheben ist noch die grosse Anzahl von Illustrationen, sowohl makroskopischer als mikroskopischer Leichenbefunde, zumeist nach Originalpräparaten des Verf., durch welche das Studium dieser, der Anschauung in erster Linie bedürftigen Doctrin sehr gefördert wird. Die Tafeln in Farbendruck enthalten Abbildungen von Strich- und Stichculturen der wichtigsten Bacillen, von Deckglas-Präparaten verschiedener Coccen, von Knochenmark bei perniciöser Anämie, von Blut bei Leukämie, von Mastzellen, von Actinomycesherden u. s. w. Das Werk verdient, Studirenden und Aerzten bestens empfohlen zu werden. —*r.*

Kleine Mittheilungen.

312. ***Ein Beitrag zur Kenntniss der Jodoformdermatitis.*** *Von Dr.* ***Matschke.*** *(Therap. Monatsh. 1893. 10. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 5.)*

Verf. hat an sich selbst nach Anwendung von Jodoform viermal eine Dermatitis beobachtet. Die ersten beiden Male war bei Gelegenheit einer Mensur Jodoform verwendet worden. Die Dermatitis blieb auf die Umgebung der Wunde beschränkt und heilte in 5 Tagen ab. In den beiden anderen Fällen war Verf. nur mit dem unverletzten Finger in eine ganz kurze Berührung mit Jodoformgaze gekommen. Das Eczem ergriff beide Hände und das Gesicht, brauchte lange Zeit bis zur Heilung (2 Monate), und gab beide Male zur Entstehung eines Kopferysipels Veranlassung. 15%ige Thiollösungen brachten schliesslich Heilung.

313. Als ***wirksames Enthaarungsmittel*** empfiehlt ***Butte*** (Monatschr. f. prakt. Dermat. 1893 — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 46) das Jodcollodium, welches drei oder vier Tage hintereinander ziemlich dick auf die betreffenden Stellen aufgestrichen werden soll. Nimmt man darauf die Collodiumhaut ab, so haften an ihrer Innenseite die zu entfernenden Haare an. Besonders geeignet soll Jodcollodium von folgender Zusammensetzung sein:

Alkohol. 12·0,
Jod. 0·75,
Collodii 35·0,
Ol. Terebinth. 1·5,
Ol. Ricini 2·0.

314. ***Uebermangansaures Kali*** als Emmenagogum empfiehlt Dr. ***Hovent.*** Er lässt es bereits 5—8 Tage vor der Zeit der Fälligkeit der nächsten Periode einnehmen, und zwar in Cachetform, 3—6 Cachets à 0·12 pro die. Hintendrein muss viel Wasser getrunken werden, um eine Anätzung der Magenschleimhaut zu vermeiden. *Franklid-Martin* empfiehlt wegen des letztgenannten Uebelstandes dieses Mittel in Form einer öligen Einreibung in der Bauch- und Schenkelgegend bei gleicher Indication. (Der Frauenarzt. 1894. 1.)

315. ***Eine Laparotomie, vorgenommen unter blosser localer Anästhesie.*** *Von* ***Largeau.*** *(The Brit. Gyn. Journ. 1893. August. — Der Frauenarzt. 1894. 2.)*

Bei einer Kranken, die wegen einer vorgeschrittenen Herzaffection nicht chloroformirt werden konnte, die aber wegen beiderseitiger Ovarialcystome operirt werden musste, laparotomirte Verf. unter blosser localer Anästhesie. Anästhesirt wurde die Gegend der Linea alba, in die der Schnitt fiel, und zwar mittels Chloräthyls. Die Operation ging ganz gut von statten und verspürte die Kranke keine Schmerzen. Die Operirte genas.

316. ***Die Hydrastis canadensis,*** das als Gefässconstringens bekannte Mittel, ist von ***Olszewski*** als schweissverhinderndes Mittel mit grossem Erfolge erprobt worden. Er hat das Extract. Hydrast. canadens. in 93 Fällen angewandt, bei Pleuritis, bei Febris intermittens, Rheumatismus articularis und Herz-

leiden. Ferner hat er es in 73 Fällen von Lungenphthisis gebraucht und in 70 Fällen den Schweiss beseitigt. 20—30 Tropfen in der Nacht eingenommen unterdrückten nicht stets die Schweisse, aber dieses Resultat erzielte man constant, wenn das Ertract. Hydrast. canad. einige Tage hindurch zu 20—30 Tropfen 2—3mal in 24 Stunden gegeben wurde. Als Nebenwirkungen beobachtete man nur Erbrechen in 2 Fällen, dann wurde das Medicament ausgesetzt. Aehnlich wirkt das Ergotin, und zwar wird dieses entweder per os 10—15 Tropfen täglich oder subcutan injicirt zu 20 Tropfen genommen. Nach 1—2 Tagen werden die Schweisse mehrere Tage lang unterdrückt. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 9.)

317. ***Zur Desinfection des Kindermundes*** sowohl prophylactisch als auch bei Bestehen infectiöser Erkrankungen empfiehlt Zahnarzt *Hartmann* die folgende Rotuli, welche stets gerne auch von den kleinsten Kindern genommen werden.

I.

Rp. *Sacch. alb.* *200·0,*
{*Thymol.* *0·2,*
{*Spir. vin. absol.* *2·0,*
Ol. Menth. pip. *1·0,*
Fruct. I citr.
M. f. Rotulae Nr. 400.

II.

Rp. *Sacch.* *100·0,*
Saccharin. *0·3—0·35,*
{*Thymol.* *0·2,*
{*Spir. vin. absol.* *2·0,*
Ol. Menth. pip. *1·0,*
Fruct. I citr.
M. f. Rotulae Nr. 200.

Je nach dem Alter und der Constitution des Kindes ist die Dosis zu bestimmen. (Der Frauenarzt. 1894. 2.)

318. ***Aeussere Anwendung des Phenacetin bei rheumatischen Affectionen.*** *Von **C. Taylor.** (Semaine méd. 1893. 62. — Prager med. Wochenschr. 1893. 48.)*

Verf., ein amerikanischer Arzt, wendet mit Erfolg bei Gelenksaffectionen rheumatischen Ursprungs das Phenacetin äusserlich an, und zwar in folgender Form:

Rp. *Phenacetin* *5·0,*
Lanolin *20·0,*
Olei olivar q. s.
NB. Auf die schmerzhafte Partie aufzustreichen.

Rp. *Phenacetin* *5·0,*
Alcohol. rectif. *1000·0.*
NB. Aeusserlich.

Compressen, eingetaucht in diese Flüssigkeit und kochendes Wasser zu gleichen Theilen, werden auf die schmerzhafte Gegend aufgelegt, so heiss, als es eben der Patient verträgt. Verf. hat auch bei Wunden verschiedener Natur gute Resultate erzielt, indem er dieselben mit Phenacetin bestrich.

319. ***Als Diureticum*** bei cardialem und renalem Hydrops wird von *Jones* (New-Orleans) folgende Formel empfohlen:

Extr. liqu. Jalapp.,
„ „ *Scyll. aa.* *15·0,*
„ „ *Jaborandi* *30·0,*
„ „ *Digitalis gtt. XXX,*
Kal. nitr. *20·0,*
Vin. angelicae *60·0.*
3stündlich ein Esslöffel zu nehmen.

(Rif med. 1893. IV. Nr. 25. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 4.)

320. ***Quecksilbergehalt der einzelnen Hg-Präparate.*** *Bocquillon* gibt den Hg-Gehalt der einzelnen Quecksilberpräparate in folgender Weise an: Jodür 45·5%, Sublimat 73·72%, Lactat 67·10%, Peptonat 57·15%. Succinimid 63·3%, Calomel 84%, rothes Oxyd 92·59%, Phenolat 51·68%, Thymolat 41·8%, Albuminat 10·2%, Tannat 23·8%, Salicylat 59%.
(La semaine méd. 1892. pag. 108. — Arch. f. Dermat u. Syph. Bd. XXVI, pag. 459.)



321. ***Die Lösungen des Jodoforms in Glycerin,*** die zu Einspritzungen verwendet werden, sind wenig haltbar. Daher sind sie nach *Lucy* zweckmässig durch folgende Emulsion zu ersetzen. Man reibt sorgfältig 3 Theile Jodoform mit 1 Theil Amylum, bis man eine innige Mischung erreicht hat. Dazu kommt:

Glycerin. 20,
Aq. dest. 12.

Dann erhitzt man das Ganze unter beständigem Schütteln auf 133°. So erhält man eine 10%ige sehr haltbare Emulsion. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 9.)

Sitzungsberichte.

322. ***Aseptische Grundsätze in der Geburtshilfe.*** *Von J. Veit. (Nach dem Vortrage, gehalten in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 20. December 1893. — Berliner klin. Wochenschr. 1894. 3.)*

(Fortsetzung.)

Eine Säuberung der Vulva ist jedenfalls zweckmässig. Man kann nur über die Methode derselben abweichender Ansicht sein. Mit der Nagelbürste und Seife die Vulva bei Beginn jeder Geburt 5 Minuten lang zu bürsten und demnächst noch einige Minuten Sublimat- oder Carbolsäurelösung anzuwenden, ist in der Praxis jedenfalls nicht immer möglich. Man lasse mit Watte oder reiner Leinwand die Seife einreiben und allmälig abwaschen, man säubere in dieser Beziehung die Pubes und die Umgebung des Anus sehr sorgfältig und reibe darauf mit desinficirender Lösung die Theile ab, das wird als Vorbereitung für die normale Geburt völlig genügen und soll wiederholt werden, wenn die Blase oder der Darm entleert ist. Im strengsten Sinne des Wortes ist eine Desinfection der Vulva durchaus nothwendig, bevor man geburtshilfliche Operationen vornimmt. Hier wird die Anwendung der doch eingeleiteten Narcose die Ausführung wesentlich erleichtern. Immerhin tritt die Frage der Desinfection der Vulva an Bedeutung, weil darüber allgemeine Einigkeit herrscht, zurück gegen die Frage der präliminaren Desinfection der Vulva und des Cervix.

Die Bestrebungen, hier im Sinne der Aseptik vorzugehen, sind ja schon lange discutirt. Die Untersuchungen von *Winter* haben gezeigt, dass allerdings pathogene Mikroorganismen in der Vagina bis hinauf zum inneren Muttermund vorkommen können. *Döderlein* fand bei seinem Material 44·6% Vaginen mit pathologischem Secret. Trotz dieser relativ grossen Zahl ergab sich aber, dass nur in 9·2% der Fälle Streptococcen vorkamen, die sich beim Thierversuch zum Theil als virulent ergaben. Ausserdem hat *Steffek* in der Würzburger Klinik ähnliche Untersuchungen vorgenommen; er fand 41·4% der Fälle pathologisch, und *Burckhardt* in der Baseler Klinik hat in 59% seiner Fälle normales Scheidensecret nachgewiesen.

Es ist nun im hohen Grade bemerkenswerth, dass gerade *Döderlein* und *Burckhardt* energisch davor warnen, wegen des von ihnen nachgewiesenen Vorkommens der pathogenen Keime eine Desinfection der Vagina vorzunehmen. Den Grund für diese Warnung finden sie in der grossen Schwierigkeit der Desinfection und in der Gefahr, durch das Verfahren direct die Keime höher hinauf zu bringen, als sie ursprünglich lagen.



Es ist daher der Schluss berechtigt, dass die Frage, ob eine präliminare Desinfection der Vagina nothwendig ist oder nicht, sich ohne Weiteres beschränkt auf die Frage, ob in den Fällen von pathologischem Scheidensecret die Desinfection geboten ist oder nicht. Wir müssen die Frage noch immerhin so weit stellen, weil wir bisher kein Kriterium haben, nach dem wir unter den Fällen mit pathologischem Secret diejenigen mit pathogenen Organismen erkennen.

Ahlfeld hat in seiner Arbeit den Nachweis erbracht, dass allerdings eine Erkrankung, ohne dass Keime von aussen eingeführt werden, möglich ist. Es muss dabei betont werden, dass wir den Begriff der Selbstinfection mit *Kaltenbach* dahin definiren müssen, dass auch die hier in Frage kommenden Keime von aussen stammen, nur sind sie eben vor jeder Berührung von Seiten der Geburtshelfer in der Scheide enthalten. *Ahlfeld* weist weiter mit Sicherheit nach, dass die präliminare Desinfection der Vagina in seiner Klinik keinen Nachtheil gebracht hat, sondern dass die durchschnittliche Morbidität bei ihm etwas geringer ist, wenn die Vagina desinficirt ist, als wenn dies nicht der Fall ist. Es ist aber vor allen Dingen wichtig, daran festzuhalten, dass durch die sogenannte Selbstinfection niemals wirklich bedrohliche Formen der Erkrankung entstanden sind. Besonders bemerkenswerth aber erschien mir die Angabe über die Fälle von eclatanter Gonorrhoe. Hiervon hat er 17 Primärfälle beobachtet, Fälle übrigens, in denen auch die Kinder eine Blennorrhoe der Conjunctiva bekamen. Von diesen machten nur 3 Mütter ein völlig fieberfreies Wochenbett durch. Die Fälle sind, so muss man wenigstens schliessen, ganz in derselben Weise mit präliminarer Scheidenausspülung behandelt worden, wie alle übrigen Fälle. Es ergibt sich trotzdem für sie eine Morbidität von 82·3% bei Gonorrhoe. Wenn ich auch die grosse Bedeutung der *Ahlfeld*'schen Arbeit vollkommen anerkenne, halte ich mich aber doch auf Grund dieser Thatsache zu dem Schluss berechtigt, dass bei Gonorrhoe der Scheide, also einer der häufigsten Formen von inficirter Vagina, die präliminare Desinfection zum Mindesten nichts genützt hat, und wenn sie hier weder die Mutter, noch das Kind schützen konnte, so ist für mich der Nachweis nicht erbracht, dass sie in anderen Fällen mehr leistet.

Ahlfeld weist einerseits nach, dass die vorbereitende Säuberung nichts schadet, er muss aber andererseits selbst zugeben, dass sie nicht immer genützt hat. Ich glaube übrigens in Bezug auf die Fälle von Gonorrhoe darauf hinweisen zu dürfen, dass die Gefahr auch hier, wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, dann besonders gross ist, wenn kurz ante partum noch ausnahmsweise ein inficirender Coitus stattfindet. Wenn wir auch gegen die letztere Schädlichkeit ohnmächtig sind, so wird man doch dieser Verirrung halber nicht allgemeine Methoden einführen dürfen.

Weiterbin betone ich nochmals, dass alle Infectionen, welche von vorher in der Vagina vorhandenen Keimen herrühren, also sicher nicht durch den Finger von aussen eingeführt sind, gutartig verlaufen, und das wird für Sie der entscheidende Punkt sein, der Sie wohl in Uebereinstimmung mit mir von der vorhergehenden strengen Desinfection der Scheide zurückhalten wird.

Für die Praxis scheint es mir ganz ausgeschlossen, dass man sie empfiehlt und vornimmt, und ich stimme in dieser Beziehung, soweit ich das Urtheil meiner hiesigen Fachgenossen kenne, mit den meisten der



Herren vollkommen überein. Die Verhältnisse der Klinik werden ja in dieser Beziehung andere Vorbedingungen darbieten, und es kann hier oft genug nöthig werden, dass man die Scheide wirklich desinficirt. Damit ist aber der Beweis der Nothwendigkeit für die Praxis noch nicht erbracht. Ich gehe natürlich nicht so weit, die Desinfection der Scheide unter allen Umständen zu verwerfen; so ist sie gewiss vor Operationen zweckmässig. Auch ist sie durchaus nothwendig, wenn während der Geburt sich Zersetzungsvorgänge geltend machen oder wenn wir eine inficirte Kreissende in Behandlung bekommen.

(Schluss folgt.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Hochheim, Dr. Wilhelm, Halle a. S. Ueber die temperaturerniedrigende Wirkung krampferregender Gifte. Inaugural-Dissertation. Halle a. S. 1893.

Jaffe, Dr. med. Max, Chirurg in Posen. Principien uud Technik der heutigen Wundbehandlung. Leipzig, Druck und Verlag von C. G. Naumann, 1894.

Morokhovetz Leon, Professeur et Directeur de l'Institut physiologique de l'Université Moscou. Appareils et instruments à l'usage des physiologistes, construits d'après les dessins. I. partie. Avec 17 figures et 6 planches. Moscou 1893, Imprimerie J. N. Kouchnerev & Comp.

Parreidt Julius, Zahnarzt in Leipzig. Die prothetische Behandlung der Kiefer- und Gaumendefecte. Separatabdruck aus dessen Handbuch der Zahnersatzkunde. Mit 21 Holzschnitten. Leipzig, Arthur Felix, 1893.

Popov, Dr. B. N., prof. agrégé de physiologie à l'Université de Moscou. Le Laboratoire de physiologie de l'Université impériale de Moscou. (Extrait de „Matériaux réunis par le Comité d'organisation des Congrés International à Moscou 1893. Partie II. Moscou 1893, Imprimerie J. N. Kouchnerev & Comp.

Sänger, Dr. M., a. o. Prof. an der Universität Leipzig, und *Odenthal, Dr. W.,* Frauenarzt in Hannover. Asepsis in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Mit 2 Tafeln und 42 Abbildungen im Text. Leipzig, Druck und Verlag von C. G. Naumann, 1894.

Thoms, Dr. Hermann, Die Arzneimittel der organischen Chemie. Für Aerzte, Apotheker und Chemiker bearbeitet. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1894.

Zuckerkandl, Dr. E., Professor der Anatomie in Wien. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. I. Band. Zweite, umgearbeitete Auflage. Mit 34 lithographirten Tafeln. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1893.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.; Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

323. *Ueber die Gewebssafttheorie in ihrer modernen Ausbildung.*

Von *P. Fürbringer.*

Aus den Berichten des Vereines für innere Medicin in Berlin.
(Centralbl. f. innere Med. 1894. 12.)

Verf. zieht nur die eigentlichen Organextracte in den Kreis seiner Erörterungen und sieht von den Bacterienproducten ab, auf deren Einverleibung in den menschlichen Organismus die Principien der Serumtherapie aufgebaut sind. Unter den Organextracten beanspruchen vornehmlich 4 Arten, die bereits in die Pharmakologie eingeführt sind, unser Interesse; es sind dies die Extracte des Hodens, der Schilddrüse, des Pancreas und des Nervengewebes; als neueste Repräsentanten dieser Gruppe figuriren das Cardin und Nephrin.

Bezüglich des Hodenextractes knüpft Verf. an das absprechende Urtheil an, das er schon 1891 gelegentlich seines Vortrages „Zur Würdigung der *Brown-Séquard*'schen Behandlung der Impotenz" gefällt hat. Trotz des Rückschlages, der nach dem Bekanntwerden der negativen Resultate besonnener Untersucher in dem ursprünglichen Enthusiasmus eintrat, sind *Brown-Séquard* und seine Schüler immer wieder für die Heilwirkung des Mittels eingetreten und preisen es jetzt nicht blos als eine Panacee gegen die Impotenz, sondern namentlich auch gegen die allerverschiedensten Krankheiten des Nervensystems, sogar gegen Tuberculose, Krebs, Malaria und Cholera an. *Brown-Séquard* versuchte auch seine Theorie durch experimentelle Grundlagen zu stützen. Diese absonderliche Methode hat selbst unschöne Auswüchse gezeitigt; hat doch sogar *Montané* die Application des Extractes per os empfohlen. Nicht einmal auf Originalität kann die Methode Anspruch erheben, da *Leyden* den Nachweis geführt hat, dass schon bei den Römern und Griechen identische Heilbestrebungen im Schwunge waren.

Seit den vernichtenden Arbeiten von *Massalongo* und *Ferriet* dürfte der Methode *Brown-Séquard's* das Todesurtheil gesprochen sein.

In ernstere Bahnen hat *Poehl* die Hodenextracttherapie durch die Einführung des Spermins gelenkt, eines Präparates, das mit dem Material der Spermakrystalle identisch ist, aber nicht, wie früher behauptet wurde, mit Piperazin; versetzt man nämlich nach *Poehl* Spermin im Reagensglase mit Goldchlorid und Magnesium, so tritt

unter Brausen typischer Spermageruch auf, während dies bei der gleichen Behandlung des Piperazins vermisst wird. Bezüglich der Identität von Sperma- und Asthmakrystallen sind die Acten noch nicht geschlossen; vorläufig hält Verf. noch an der Heteromorphie dieser Bildungen fest. Nach *Poehl* bildet das S p e r m i n einen normalen Bestandtheil des Blutes und der Organe; die künstliche Einverleibung erscheint ihm immer dann geboten, wenn der Spermingehalt des Blutes ein subnormaler ist, respective wenn die Oxydationsprocesse im Körper herabgesetzt sind. Nach der Spermin-application soll nach *Poehl* eine gesteigerte intraorgane Oxydation. beziehungsweise relative Stickstoffausscheidung stattfinden. Während in Russland die *Poehl*'sche Methode sich bereits eines grossen Anhanges erfreut, sind in Deutschland nur sehr vereinzelte und reservirt gehaltene Empfehlungen dafür abgegeben worden. (Methodische klinische Versuche von Verf. und *Freyhan* sind im Gange.)

Das Schilddrüsenextract ist zur Behandlung des Myxödems herangezogen worden. Als Erster versuchte *Kocher* Schilddrüsengewebe zu implantiren und erzielte eine gute Wirkung in den Fällen, in welchen die transplantirte lebende Schilddrüse zur Anheilung kam. An Stelle des Gewebes trat später die subcutane Injection des Extractes der Drüse, die ausserdem in mannigfachen Modificationen, roh, gekocht, als Pulver, Tabletten etc. per os den Kranken applicirt wurde. Auch nach diesen Massnahmen beobachtete man eine Abnahme des Myxödems und Körpergewichtes, eine Steigerung der Harn- und Stickstoffausscheidung; der blöde Gesichtsausdruck schwand; die Kranken wurden redseliger, der psychischen Verstimmung ledig; die Intelligenz kehrte wieder. Eine gewisse Bedeutung beanspruchen die Experimente von *Landa*, der bei Thieren nach der gemeinschaftlichen Exstirpation von Milz und Thyreoidea kein Myxödem eintreten sah, wohl aber nach der alleinigen Entfernung der Schilddrüse; zur Erklärung dieses differenten Verhaltens stellt er die Hypothese auf, dass die Milz für den menschlichen Organismus quasi das „Vergiftungsorgan" darstelle, während die Schilddrüse „entgiftend" wirke. Ganz so ungefährlich, wie man anfänglich annahm, scheint die erwähnte Behandlungsmethode nicht zu sein; wenigstens sind den Einspritzungen schon zu öfteren Malen schwere anämische Zustände, Stenocardie und sogar Todesfälle nachgefolgt.

Das Pancreatin soll dem Diabetes entgegenwirken. Die Empfehlung dieses Extractes basirt auf den fundamentalen, von *Minkowski* experimentell erschlossenen Thatsachen der Diabeteslehre. Sehr zu Gunsten dieser Therapie sprechen die eindeutigen Experimente von *Thiroloix*, der Hunden, die er mit Pancreatin vorbehandelt hatte, die Bauchspeicheldrüse exstirpirte, ohne dass sie diabetisch wurden. Die klinischen Erfahrungen sind bislang wenig befriedigend; auch Verf.'s eigene Versuche sind zunächst resultatlos verlaufen.

Die „Cerebrin-Therapie" haben *Babes* und *Paul* inaugurirt. Sie empfehlen sie gegen eine Reihe von Nervenkrankheiten, insonderheit gegen Tabes, Myelitis und Neurasthenie. Zur Verwendung kamen Extracte des Gehirns und Rückenmarkes vom Kaninchen, Schaf und Ochsen.



Das Vitalin, das vor einigen Jahren das allgemeine Interesse auf sich zog, weil ein vornehmer Russe, einen mit diesem Mittel angestrebten therapeutischen Versuch mit dem Leben büsste, ist wahrscheinlich nichts weiter als ein Gemisch von Boraxglycerin, Pflanzenalkaloiden, Hoden- und Gehirnextract.

Das Cardin empfehlen *Onimus* und *Hammond* als äusserst wirksam gegen alle möglichen Herzkrankheiten. Sie gewinnen das Mittel durch eine 8monatliche Maceration von Kalbsherzen.

Mit dem Nephrin sind in neuerer Zeit therapeutische Versuche von *Brown-Séquard* prodromirt worden, denen er augenblicklich weitere mit „Hepatin“ und „Musculin“ folgen lässt.

Im Grossen und Ganzen resumirt sich Verf. dahin, dass uns in der Organextracttherapie eine Behandlungsmethode geboten wird, deren inneren wissenschaftlichen Kern wir respectiren müssen. Am aussichtsreichsten erscheint die Myxödembehandlung; auch die Spermintherapie *Poehl's* dürfte einige Beachtung verdienen. Die klinische Beurtheilung der pharmako-dynamischen Leistungsfähigkeit gestaltet sich äusserst schwierig, weil suggestive Täuschungen gar zu leicht unterlaufen können. Jedenfalls glaubt Verf. einstweilen dem Ausspruch, dass die Gewebssafttherapie nur eine neue Phase der Suggestionstherapie darstellt, nicht unbedingt beitreten zu sollen, wenn auch sicher die meisten Präparate in's Laboratorium zurückkehren werden, wohin sie gehören.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

324. ***Der chronisch-entzündliche Zustand der Pars prostatica urethrae als Ursache der sexuellen Neurasthenie.*** *Von Dr. **Alex. Preyer**. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 3.)*

In einem Artikel „Von Harnbeschau“, in welchem Verf. die semiotische Bedeutung von Farbe, Geruch, Trübung des Harnes schildert, schliesst Verf. an die Bedeutung der Urethralfäden folgende Ausführungen: Ist keine Gonorrhoe vorausgegangen und finden wir doch Urethralfäden, so werden wir bei jüngeren Leuten meist langjährigen Abusus sexualis diagnosticiren und bei längere Zeit verheirateten Männern Congressus interruptus, wenn hier nicht mit beiden Factoren zu rechnen ist. In diesem Falle stammen die Urethralfäden vorzüglich aus der Pars prostatica und zeigen an, dass dieser Theil in einem chronischen, entzündlichen Reizzustand sich befindet. Der Plexus hypogastricus des Sympathicus innervirt vermittelst seiner Nebengeflechte die Prostata des Mannes. Es ist dies ein sehr nervenreiches Gebilde, welches auch an seinen Rindenschichten zahlreiche Ganglienknoten und *Pacini*'sche Körperchen enthält, die nur in sehr nervenreichen und empfindlichen Organen vorzukommen pflegen. Wenn nun die peripheren Endigungen der Nerven dieses Organs, das wie kaum ein anderes bestimmt ist, unser Nervensystem mächtig zu beeinflussen, durch chronisch-entzündliche Reizzustände, die sich auf der Schleimhaut und zuweilen im ganzen Organ festgesetzt haben, in continuirlicher

Erregung gehalten werden, so wird durch Uebertragung derselben auf das ganze Gebiet des Sympathicus eine Anzahl von centripetalen abnormen Gefühlen und Eindrücken entstehen. Diese lösen ihrerseits wieder eine Summe von Neurosen aus, welche man unter dem Namen der sexuellen Neurasthenie zusammenfasst. Besonders leicht verständlich wird dieses Factum noch durch den Umstand, dass das Nervensystem gerade durch die sexuellen Excesse, welche die schliessliche entzündliche Reizung zur Folge haben, an Kraft geschwächt ist. Die locale, von der Prostataschleimhaut ausgehende krankhafte Erregung wirkt also schon nicht mehr auf ein normales und gesundes Nervensystem, sondern auf ein solches, welches schon vorher durch verschiedene Excesse geschwächt und weniger widerstandsfähig gemacht worden ist. Der Einfluss der localen Erkrankung auf das Nervensystem macht es aber auch begreiflich, dass ein durch sie hervorgerufenes Nervenleiden nicht mehr verschwindet mit dem Sistiren der Excesse, sondern fortdauert oder wächst, so lange die locale Affection noch existirt, welche eben eine selbstständige Erkrankung geworden ist.

—*r.*

325. ***Ueber Erythromelalgie.*** *Von Prof.* ***A. Eulenburg.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 50. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 11.)*

Den als Erythromelalgie bezeichneten Zustand, welcher durch Schmerzhaftigkeit und Röthung an den distalen Endigungen der Gliedmassen charakterisirt ist, hält Verf. auf Grund dreier, in dem Aufsatz genauer beschriebenen Fälle (von denen der eine identisch ist mit dem von *Gerhardt* vor Jahresfrist mitgetheilten) nicht für eine selbstständige Erkrankungsform, sondern für einen Symptomencomplex von wahrscheinlich central (intramedullär) bedingtem Ursprung. Dieser Symptomencomplex, welcher als eine Neurose der sensiblen, vasomotorischen, secretorischen und trophischen Functionen in den befallenen Extremitäten aufzufassen ist, steht nach Verf. ähnlichen Zuständen sehr nahe, die man bei Syringomyelie, *Morvan*scher, *Raynaud*'scher Krankheit u. A. findet und ist auf eine chronisch verlaufende, organische oder functionelle Schädigung der hinteren und seitlichen grauen Substanz des Rückenmarkes unter gelegentlicher weiterer Ausbreitung auf benachbarte Abschnitte des Rückenmarkes zurückzuführen. Bei den drei Kranken Verf.'s bestand eine neuropathische Veranlagung, im ersten Neigung zu Muskeldystrophie, voraufgegangene schwere Anämie; im zweiten Erscheinungen eines schweren Hirnleidens; im dritten waren mehrjährige Malaria und Schädigungen allgemeiner Art vorangegangen. Bezüglich der Einzelheiten in dieser Symptomengruppe schliesst sich Verf. den von *Gerhardt* und *Senator* jüngst gegebenen Anschauungen an.

326. ***Ueber Accentuirung des II. Pulmonaltones bei Perityphlitis.*** *Von Dr.* ***Julius Mannaberg.*** *Aus der medicinischen Klinik Nothnagel in Wien. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 10.)*

Gelegentlich der Durchsicht einer grösseren Reihe von Perityphlitiskrankengeschichten fiel dem Verf. die wiederholte Angabe über Accentuirung des II. Pulmonaltones auf, ohne dass die übrigen Umstände der betreffenden Fälle für das Vorhandensein des genannten Symptomes eine Erklärung geboten hätten. Die



Zahl der durchgesehenen Krankengeschichten, welche sich durchwegs auf Fälle bezogen, die in den Jahren 1882—1892 an der Klinik des Hofrathes *Nothnagel* beobachtet worden sind, betrug 88; das Vorhandensein des accentuirten Pulmonaltones fand sich in denselben 10mal, also in etwas über 11% der Fälle, verzeichnet. Verf. wurde durch den Befund selbst angeregt zur genaueren Beachtung der Herzverhältnisse bei Perityphlitikern. Es kamen an der Klinik seither 13 Fälle von gewöhnlicher acuter Perityphlitis zur Beobachtung. Unter diesen wurde der Pulmonalton 4mal sehr laut accentuirt, 7mal deutlich lauter als der II. Aortenton befunden; in den beiden restirenden Fällen war sowohl der Pulmonal- wie der Aortenton laut klappend, einmal war Spaltung des Pulmonaltones vorhanden. Von den übrigen Fällen war in einem neben der Accentuirung des Pulmonaltones Spaltung desselben vorhanden, in zweien bestand systolisches Blasen von accidentellem Charakter und in einem dieser zwei war durch 3 Tage leichte Arhythmie des Pulses wahrzunehmen. Dass das in Rede stehende Symptom nun so viel öfter wahrgenommen wurde, als früher, wird dadurch erklärt, dass trotz aller Genauigkeit bei der Beschreibung der Symptome die Aufmerksamkeit des Beobachters dennoch immer nach jenem Punkte hingelenkt wird, an welchem sich der Krankheitsherd befindet und daher der Status des Herzens bei Perityphlitikern meistens recht summarisch abgehandelt gefunden wird. Verf. hält sich daher zu dem Ausspruch berechtigt, dass bei Perityphlitis Accentuirung des II. Pulmonaltones ein häufiges Vorkommniss bildet. Bekanntlich ist die Accentuirung des II. Pulmonaltones zuerst von *Skoda* als wichtiges Zeichen bei Mitralfehlern erkannt worden; das Vorkommen dieses, eine Drucksteigerung im kleinen Kreislauf ankündigenden acustischen Symptomes ist ferner wohlbekannt bei allen jenen Lungenprocessen, welche der Arbeit des rechten Ventrikels erhöhte Hindernisse in den Weg legen. Dass Beeinträchtigung des Lungenkreislaufes und damit Accentuirung des Pulmonaltones auch durch Hinaufdrängen des Zwerchfells in Folge von Volumvermehrung des Bauchinhaltes, wie durch Meteorismus, Ascites etc. häufig erfolgt, gehört gleichfalls zu den alltäglichen Erfahrungen. Verf. glaubt, dass auch die Drucksteigerung, welche manchmal nach dem Essen beobachtet wird, wenigstens theilweise, in die letztere Kategorie gehört und nicht, wie *Potain* es annimmt, einem durch die Verdauung ausgelösten reflectorischen Krampf der Lungencapillaren zuzuschreiben sei. Für die Erklärung der Steigerung des Blutdruckes im kleinen Kreislauf bei Perityphlitis fehlt jeder Anhaltspunkt. Zunächst ist zu constatiren, dass in den 10 positiven Fällen der letzten Zeit keine Auftreibung des Abdomens, also auch keine Verdrängung des Zwerchfells vorhanden war; beträchtlicher Meteorismus ist bei uncomplicirter Perityphlitis überhaupt selten zu sehen. Die Respirationszahl bewegte sich dem entsprechend in 8 Fällen zwischen 18—22, je einmal betrug sie, jedoch nur vorübergehend, 28, resp. 32. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war also selbst von gelegentlicher Dyspnoe keine Rede. Was die anderen Begleiterscheinungen betrifft, wie Schmerz und Fieber, so kann auch diesen nicht die Ursache für jene Erscheinungen beigemessen



werden, denn die Verstärkung des Pulmonaltones überdauert das acute Stadium der Krankheit und ist auch noch in der Reconvalescenz vorhanden. Verf. verzichtet demnach vorläufig auf eine Erklärung des Symptomes. Erwähnt sei nur noch, dass unter zwei Fällen von chronischer Perityphlitis tuberculosa der Pulmonalton einmal verstärkt gefunden wurde, dieser Fall war aber mit Lungentuberculose complicirt; in dem zweiten Falle fehlte die Accentuirung. Ebenso fehlte dieselbe auch bei einem Neoplasma in der Ileocoecalgegend. —*r.*

327. ***Der Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes dorsualis.*** *Von Dr. Isaac und Dr. Koch. (Dermat. Zeitschr. Bd. I, Heft 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 8.)*

In dem klinischen Theil des in der Berliner dermatologischen Vereinigung gehaltenen Vortrages führt *Isaac* aus, dass sich in der Literatur ausser *Fournier* als Anhänger und *Tarnowsky* als Gegner des Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes kein namhafter Syphilidologe mit dieser Frage eingehender beschäftigt hat. Die Veröffentlichungen *Erb's* forderten nun zu einer entschiedenen Stellungnahme zu diesem Thema heraus. Auf Grund von Erfahrungen an 20 Fällen hat *Isaac* die wichtigsten Unterfragen dabei folgendermassen beantwortet: 1. Haben die Statistiken zu viele Fehlerquellen, um zu einem sicheren Resultate über den ätiologischen Zusammenhang beider Affectionen zu gelangen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass manche Fälle von Ulcus molle sogenannten Chancre mixte, Erosionen, Herpes progenitalis als syphilitische Primäraffecte und manche Hautkrankheit als specifischer Ausschlag mit verwerthet worden sind. 2. Kann sich die Tabes 1—25 Jahre nach stattgehabter Infection ausbilden, durchschnittlich jedoch $8^{1}/_{2}$ Jahre. Es macht aber die Tabes nach Syphilis in ihren Krankheitssymptomen keinerlei Unterschied von der sogenannten typischen Tabes. 3. Was den ursächlichen Zusammenhang anbetrifft, so halte man doch an der pathologisch-anatomischen Anschauung fest, dass es sich bei der Tabes um parenchymatöse Processe handelt, während die Signatur aller syphilitischen Erkrankungen interstitielle oder geschwulstförmige sind, die stets vom Bindegewebe ausgehen, dass die Syphilis Herderkrankungen macht und die Tabes eine Systemerkrankung ist. 4. Sind antisyphilitische Curen wegen der geringen, wenn nicht geradezu schädlichen Einwirkung auf den Krankheitsverlauf der Tabes direct zu meiden. Die Autoren, welche vorübergehende Besserungen erzielt haben, lassen meist den Einfluss der Arg. nitr.-Pillen, der Elektricitätsmethoden und medicinischer Bäder unberücksichtigt. Der Vorschlag *Ziemssen's*, 10 bis 20 Gramm Ungt. cin. pro Einreibung anzuwenden, der die Voraussetzung, dass die Tabes wirklich zu den malignen, spätsyphilitischen Erkrankungen, etwa wie schwere Gehirnsyphilis, gehört, zur Grundlage hat, erscheint doch bei den ohnehin schon durch ihr schweres Nervenleiden geschwächten Patienten sehr gewagt, namentlich da Fälle von Tabes mit manifesten syphilitischen Erscheinungen zur Kenntniss gekommen sind, wo unter einer specifischen Cur die Lues zwar wich, die Tabes jedoch fast regelmässig eine erhebliche Verschlimmerung erfuhr. Demnach sind antisyphilitische Curen bei Tabes auf Grund der bisherigen Erfahrungen contraindicirt. *R.*

328. ***Fall von geheilter hystero-traumatischer Hemiplegie.*** *Von Dr.* ***Mendelsohn.*** *Sitzung d. Vereines der St. Petersburger Aerzte. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 7.)*

Patient, 46 Jahre alt, Beamter, Eltern „nervös“, litt seit vielen Jahren an leichten hysterischen Anfällen und Neuralgien. Im September 1886 hatte er eines Tages einen heftigen Aerger und von dem Tage an spürte er des Morgens eine ganz vorübergehende Schwäche der linken Seite. Nachdem Patient eine Zeit lang von specialistischer Seite mit Elektricität etc. behandelt worden war, erhielt er am 5. April Abends ein Vesicans auf den Nacken. In der Nacht verschob sich dasselbe und kam auf das linke Ohr zu liegen, wo es recht energisch einwirkte. Am folgenden Morgen war die ganze linke Körperseite gelähmt und in Contractur, mit Asymmetrie des Gesichtes. Es wurden mehrere Aerzte consultirt; man dachte an Thrombosen. Die elektrische Behandlung wurde schlecht vertragen. Im August 1887 Quecksilbercur, im Jahre 1889 Badecur, wodurch der Zustand sich vorübergehend etwas besserte. Vortr. wurde im Herbst 1890 consultirt und fand folgenden Status: Herz gesund, melancholische Gemüthsstimmung. Die linke obere Extremität flectirt, activ gar nicht, passiv nur wenig beweglich; linke untere Extremität unbeweglich in Extensionsstellung. Ausserdem: vollständige linksseitige Hemianästhesie für alle Qualitäten der Empfindung; an beiden Augen concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, die übrigen Sinne normal, aber links etwas weniger empfindlich als rechts; die ganze linke Seite ist kälter als die rechte. Vortr. diagnosticirte eine hystero-traumatische Hemiplegie und Hemianästhesie. Bei der schon vorher unzweifelhaft vorhandenen Hysterie genügte die geringfügige traumatische Läsion des linken Ohres durch das Vesicans, um die Lähmung hervorzurufen. In differentialdiagnostischer Hinsicht kamen noch in Betracht: 1. Polyneuritis; bei dieser entsprechen die anästhetischen Bezirke aber den anatomischen Ausbreitungsgebieten der einzelnen Nerven, es kommt nicht zu einer in der Mittellinie des Körpers scharf begrenzten Hemianästhesie; auch pflegt bei ihr früher oder später eine Atrophie der gelähmten Muskeln mit Entartungsreaction sich einzustellen. 2. Cerebale Lähmung, bedingt durch eine Läsion in der inneren Kapsel (eine corticale Lähmung konnte wegen der Hemianästhesie ausgeschlossen werden); bei einer capsulären Hemiplegie aber pflegt sowohl die Contractur wie die Anästhesie sich rasch zu bessern. Endlich wurde die Diagnose einer hysterotraumatischen Lähmung noch dadurch gesichert, dass letztere in der Chloroformnarcose schwand. Die Therapie solcher Zustände muss alle Reize vermeiden, sie war vorwiegend eine hydropathische und psychisch-suggestive. Eines Tages (im Jahre 1892) war die Contractur ganz geschwunden, jetzt ist Patient ganz gesund und arbeitsfähig, nachdem er 6 Jahre lang nicht hatte gehen können. Der Fall ist besonders interessant wegen der Seltenheit der hysterotraumatischen Hemiplegie; solche Lähmungen treten meist nur als Monoplegien auf, so dass Manche die Hemiplegie in solchen Fällen als aus zwei Monoplegien zusammengesetzt auffassen.



Neuere Arzneimittel.

329. ***Kritische Bemerkungen und praktische Erfahrungen über das Antidiphtherin Klebs.*** *Von Dr.* ***Oscar Vulpius.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1894. 6.)*

Verf. übt in dieser ziemlich ausführlichen Arbeit eine starke Kritik an den von *Klebs* im vorigen Jahre veröffentlichten (Wiener med. Wochenschr. 1893. 25 ff.) neuen Heilverfahren bei Diphtheritis mit „Antidiphtherin". *Klebs* war von der Thatsache ausgegangen, dass Bacterienculturen nur eine bestimmte Zeit lang auf ihren Nährboden zu gedeihen im Stande sind, hernach jedoch durch selbsterzeugte Gifte, „Autotoxine", zu Grunde gehen. Er stellte daher durch ein eigenes Verfahren aus Glycerinbouillonculturen von Diphtheritisbacillen ein solches „Selbstgift" der Diphtheritisbacillen in Form einer klaren hellgelben Flüssigkeit dar. Wenn Agarculturen von Diphtheritisbacillen mit dieser Flüssigkeit benetzt werden, so gehen die Bacillen innerhalb 24 Stunden zu Grunde oder sie werden wenigstens in ihrem Wachsthumsvermögen gehindert — allerdings enthält das „Antidiphtherin" auch 0·2% Cresol, dem vielleicht nach Verf. diese Wirkung zuzuschreiben ist. *Klebs* wendet das „Antidiphtherin" zum Bepinseln der mit Diphtheriemembranen belegten Rachenpartien an — also eine locale Behandlung, die zur Voraussetzung hat, dass die Diphtheriebacillen durch die Circulation nicht in den Körper gelangen. die jedoch, wie Verf. zeigt, keine allgemeine ist, vielmehr wurden die Bacillen von verschiedenen Forschern in den innern Organen nachgewiesen. Als Erfolg der Pinselung hebt *Klebs* hervor: Lockerung (nicht Auflösung) der Pseudomembranen, Linderung der localen Beschwerden und eine nach oft schon drei Stunden eintretende Temperaturverminderung von 40 auf 37—38°. „In einer mittelschweren Epidemie, in welcher leichtere und schwerere Fälle nebeneinander vorkamen, 13 ohne Auswahl nacheinander von verschiedenen Aerzten mit Antidiphtherin behandelte Patienten — kein Todesfall, keine Nachkrankheit. Verf. führt nun die 13 Krankengeschichten *Klebs'* an und knüpft an jede seine kritischen Bemerkungen. deren Resultat darin gipfelt, dass von den 13 Fällen nur bei sechsen die Diagnose durch den Nachweis der Diphtheriebacillen bestätigt wurde, worunter jedoch nur zweimal bei Kindern, die übrigen waren Erwachsene. Ganz auszuschliessen sind 3 Fälle, von welchen 2 der Krankengeschichte nach zu urtheilen der Angina follicularis und der dritte an Scharlach mit Scharlachdiphtherie erkrankt waren. Das imponirende Resultat der Antidiphtherintherapie schrumpft bei kritischer Beleuchtung nicht unwesentlich zusammen. Hervorzuheben wäre noch, dass nach *Klebs'* eigener Angabe die Epidemie, in der er die Versuche anstellte. nur eine „mittelschwere" gewesen. Verf. theilt nun 19 Krankengeschichten von Diphtheriefällen mit, die auf die *Heidelberg*'sche Klinik anfgenommen wurden und dort nach *Klebs'* Angabe mit Antidiphtherin behandelt worden sind. Er schickt jedoch gleichzeitig voraus, dass die Fälle zumeist sehr schwerer Natur, und dass die Epidemie eine sehr bösartige gewesen ist. „Es wäre also in dieser Zeit dem Antidiphtherin ganz besonders günstige

Gelegenheit gegeben, eine ihm innewohnende Heilkraft zu bethätigen." Die Resultate der Behandlung waren leider sehr traurige. Die Sterblichkeit betrug 50%. *Sattler* berechnet das Percentuale der Sterbefälle in Folge von Diphtherie auf 48·7. Weder die Temperatur, noch die diphtheritischen Beläge oder die Neigung des Processes zur Descendenz in die Trachea und Bronchien wurden von dem Antidiphtherin beeinflusst. Oefter stieg sogar die Temperatur während der Behandlung oder die Neubildung und Ausbreitung von Belägen nahmen unter der Behandlung zu. Dieser Thatsache entspricht auch der Nachweis wachsthumsfähiger Diphtheriebacterien in wiederholt „geklebsten" Membranen. Die therapeutischen Resultate der *Klebs*'schen Behandlung passen daher durchaus in den Rahmen unserer allgemeinen Statistik und wir müssen weiter zugeben, dass unbeeinflusst durch die verschiedenen Medicationen, sofern diese nicht gerade schädlich sind, die schweren Fälle von Diphtherie zu Grunde gehen, die leichten genesen. Ob es *Klebs* gelingen wird, schliesst Verf., mit einem verbesserten Antidiphtherin und vielleicht durch Combination desselben mit dem von ihm in Aussicht gestellten Diplococcengift und am Ende gar noch mit einem ebenfalls von ihm etwas mystisch erwähnten „Zellkraftsaft" günstigere Resultate zu erzielen, wird die Zukunft lehren.

Dr. *Steigenberger,* Budapest.

330. ***Zur Pharmakologie des Quecksilbers.*** *(Kaliumquecksilberhyposulfit.) Von* ***G. Dreser.*** *(Archiv f. experim. Pathologie und Pharmakologie. Bd. XXXII, pag. 456. — Therap. Monatsh. 1894. 2.)*

Durch Auflösen von gelbem Quecksilberoxyd in einer Auflösung von unterschwefligsaurem Kali gelang es Verf., ein in weissen Nadeln krystallisirendes Doppelsalz: Kaliumquecksilberhyposulfit zu erhalten, welches die Zusammensetzung $3\,Hg\,(S_2\,O_3)_2 + 5\,K_2\,S_2\,O_3$ besitzt, 31 81% Quecksilbergehalt hat, und den von Seiten der praktischen Medicin zu stellenden Desiderien: 1. Vermeidung von Eiweissfällung, 2. Vermeidung von Localerscheinungen, 3. Möglichkeit exacter Dosirung einer gelöst bleibenden Quecksilberverbindung entspricht. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass das Quecksilber in dieser Form gebunden in Lösungen, deren Metallgehalt einem solchen von 0·1% Sublimatlösungen und darüber entsprach, sich für Hefezellen ungünstig erwies, auch auf Kaltblüter und auf Fische wirkt das Doppelsalz weniger energisch lähmend, beziehungsweise ätzend, wie eine Sublimatlösung von gleichem Quecksilbergehalt. Diese Abschwächung der Giftwirkung erklärt Verf. durch die Annahme, dass das Quecksilber im Hyposulfitsalz in Form einer Quecksilbersäure als quecksilberunterschweflige Säure $Hg\langle\begin{matrix} S - SO_3\,H \\ S - SO_3\,H \end{matrix}$ enthalte. Im Organismus der Kaltblüter findet allmälige Oxydation oder Spaltung der obigen Gruppe statt, wobei auch das Quecksilber nur allmälig zur Wirkung gelangt. Hingegen wirkt das Kaliumquecksilberhyposulfit auf Warmblüter ebenso giftig wie Sublimat, unterscheidet sich von diesem aber durch das Fehlen einer local reizenden und ätzenden Wirkung. Nach Versuchen von *Camerer* (Urach) waren subcutane Injectionen des Präparates nicht schmerzhafter als Morphiumeinspritzungen und ohne alle locale Reizerscheinungen.



Bezüglich der Dosirung entsprechen 3·32 Theile Kaliumquecksilberhyposulphit 1 Theil Sublimat.

331. ***Kalium arsenicosum, ein neues Dentin-Anaestheticum.*** *Von Dr. **S. Sauer**, Budapest. (Odontoskop. 1893. 5.—6. Heft. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 10.)*

Unter der grossen Zahl der bisher zur Anästhesirung des sogenannten „sensiblen“ und „hyperästhetischen“ Dentins empfohlenen Arzneimittel und Instrumente findet sich kein souveränes Mittel, welches mit Gewissheit zum angestrebten Ziele führt, d. h. das schmerzlose Reinigen der cariösen Höhlen ermöglicht, ohne jedoch irgendwelchen schädlichen Einfluss auszuüben. Das „dentin obtunder“ soll auf die festen, mineralischen Bestandtheile des Zahnes keine destruirende Wirkung ausüben, es soll die Pulpa in ihrer Vitalität nicht schädigen, rasch und sicher wirken; schliesslich darf es, falls es durch Zufall mit den Weichtheilen des Mundes in Berührung käme, oder sogar in den Verdauungstract geräthe, keinen Schaden stiften. Diesen Aufgaben entspricht noch das Kalium arsenicosum. Die Anwendung ist die folgende: Nachdem die cariösen Massen, deren Entfernung noch ohne Schmerzen möglich war, durch Ausspritzen mit lauem Wasser weggeschwemmt sind, wird der Zahn getrocknet und womöglich von Speichel geschützt. In die mit bibulous paper getrocknete Höhle legt man ein Baumwollkügelchen, welches das „dental obtunder“ enthält und folgendermassen präparirt wird: Ein der cariösen Höhle angemessenes Baumwollkügelchen wird in eine schwache Carbollösung getaucht, hierauf gut ausgepresst und mittelst der Pincette in das das Arzneimittel enthaltende Fläschchen geführt. Nachdem vielleicht überschüssiges Pulver darauf haften bleibt, klopft man es an der Innenfläche des Fläschchens ab und führt es so in die trockene Cavität ein, wo man es mit einem kugeligen Stopfer ausbreitet. Hierauf verschliesst man die Höhle womöglich wasserdicht, nicht weil das Mittel die Weichtheile eventuell corrodiren würde, sondern weil es in Wasser löslich ist, wodurch es in seiner Wirkung gehemmt werden kann durch zu starke Diluirung. Schon nach einigen Stunden ist die Wirkung eine augenscheinliche, nach 12, seltener erst nach 24 Stunden eine absolut sichere. Aeusserst selten war eine Wiederholung des Verfahrens nothwendig. In 2—3 Fällen zeigte sich nach 24stündiger Einwirkung: der Symptomen-Complex einer geringen Hyperämie der Pulpa, die jedoch ohne therapeutischen Eingriff verschwand. Das Mittel, welches bei jungen Individuen wie auch bei älteren ohne jede schädliche Rückwirkung angewendet wurde, taugt nur zur Anästhesirung des Dentins, doch keineswegs zur Devitalisirung der Pulpa. Man distinguire daher beim Excaviren wohl, ob die Schmerzen durch hyperästhetisches Dentin oder Caries III. Grades, eventuell perforirende Caries oder Pulpaentblössung bedingt sind.

332. ***Ueber Chloralose.*** *Von **Ferranini** und **Casaretti**. (Riforma med. 11. August 1893. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 10.)*

Thierversuche ergaben, dass sich die Wirkung des neuen Hypnoticums dahin äussert, dass drei distincte Stadien nach seiner Einverleibung in den Organismus eintreten. Zunächst erscheinen im Zustande partieller Paralyse die Reflexe gesteigert. Darauf

verfallen die Versuchsthiere in tiefen Schlaf und gehen bei sehr grossen Dosen unter Convulsionen zu Grunde. Das Mittel beeinflusst direct die graue Hirnsubstanz, es zerstört weder die Herzaction, noch erniedrigt es den Blutdruck. Da auch die Magenverdauung nicht wesentlich alterirt wird, so empfiehlt es sich entschieden mehr als das Chloral zu allgemeinem Gebrauche. Bei dem Umstande, dass der Blutdruck nicht alterirt wird, eignet es sich als Hypnoticum in allen Fällen, wo Störungen im Circulationsapparat die Ursache der Agrypnie bilden. Vorzügliche Erfolge sahen *Ferranini* und *Casaretti* auch bei Insomnie in Folge von Verdauungsstörungen. Bei nervösen und hysterischen Individuen scheint die gesteigerte Erregbarkeit sehr günstig beeinflusst zu werden, ebenso wurde ein Nachlassen choreatischer Zuckungen nach Verabreichung der Chloralose beobachtet. Als hypnotische Dosis empfiehlt sich eine Gabe von 0·15—0·40 Gr. oder 0·20—0·40 als Clysma, Subcutaninjectionen von 0·05—0·10 Gr. haben ebenfalls guten Erfolg. Grössere Einzelgaben sind nur mit grosser Vorsicht anzuwenden, da sonst Vergiftungserscheinungen derselben Art wie im Thierversuche sich einstellen können. Die Tagesgabe darf 1·2 nicht übersteigen.

333. ***Exalgin, Vergiftung.*** *Von Dr.* ***H. J. Vetlesen.*** *(Norsk Magazin for Laegevidensk. 1893. pag. 820.) — Centralbl. f. Nervenkrankheit und Psychiatrie. 1894. I.)*

Eine 25jährige Dame erhielt wegen einer acut entstandenen Supraorbitalneuralgie 40 Centigramm Exalgin. Ungefähr 10 Minuten später stiess sie plötzlich einen Schrei aus und fiel bewusstlos zu Boden. Sie war cyanotisch im Gesicht mit starrem Blick und im ganzen Körper traten Zuckungen ein. Dieser Zustand dauerte vielleicht eine Viertelstunde. Nachher war sie betäubt, desorientirt und wusste gar nichts von dem Passirten. Im linken Zungenrande war eine tiefe Bisswunde. Im Laufe von ein paar Stunden war sie wieder vollkommen restituirt, klagte nur über unbedeutendes Kopfweh. Weder bei der Kranken selbst, noch in der Familie sind ähnliche Anfälle jemals vorgekommen.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

334. ***Ueber Intoxication durch Lysol und Carbolsäure.*** *Von Dr.* ***Friedeberg,*** *Assistenzarzt aus dem städt. Krankenhause Magdeburg-Altstadt, innere Abtheilung des Dr. Aufrecht. (Centralbl. f. klin. Med. 1894. 9.)*

Ein Vorzug des Lysols ist dessen relative Ungiftigkeit, es verhält sich die toxische Wirkung des Lysols zu der des Creolins und Carbols wie 1 : 2 : 8. Innerlich wurde Lysol von *Vondergolz* in einer Dosis von 3—10 Tropfen mit Sherry in Milch bei Scharlach und anderen cymotischen Krankheiten gegeben. Trotz des ölartigen Aussehens und des merklichen Geruches ist es zweckmässig, bei Verschreibung des Lysolum purum, welches man gewöhnlich im Hause 100fach verdünnt, den Patienten, beziehungsweise dessen Umgebung auf die nicht ungiftigen und ätzenden Eigenschaften



des Mittels aufmerksam zu machen. In den kürzlich beschriebenen Fällen von Lysolvergiftung starb im ersten Falle, den *Rade* publicirte, das betreffende Kind an den Folgen der erlittenen Verätzungen. Im zweiten Fall, von dem *Drews* berichtete, wurde der Patient am zweiten Tage schon gesund aus der Behandlung entlassen. Verf. schildert ebenfalls einen Fall von Lysolvergiftung mit glücklichem Ausgange. Das ein Jahr alte Kind trank circa 10 Grm. Lysolum purum. Wenige Minuten später findet die Mutter das Kind stöhnend, der herbeigerufene Arzt constatirt Lysolvergiftung, verordnet warme Milch und lässt das Kind in's Krankenhaus bringen. Hier $2^1/_2$ Stunden nach der Einnahme des Lysols: leichte Somnolenz, Cyanose, Beschleunigung der Herzaction, der Respiration, erschwertes Athmen, leichte Verätzung des Mundwinkels und Unterkiefers constatirt. Therapie: Magenausspülungen mit $^1/_2$ Liter warmem Wasser mittelst *Jaques'* Patentcatheter per nares. Anfänglich werden stark nach Lysol riechende Massen vermischt mit Flocken von unverdauter Milch ausgehebert, zugleich tritt starkes Erbrechen von milchigen Flocken, vermischt mit röthlichbraunen Partien auf. Nach der Ausspülung werden 15 Grm. einer Schüttelmixtur von Magnesia durch die Magensonde per Spritze eingeführt. Theilweise wird diese Mischung wieder ausgebrochen. Schlucken von Milch nicht möglich. Das zuerst Erbrochene zeigt auf Zusatz von Bromwasser deutlich einen gelb-weissen Tribromphenol-Niederschlag. Nachmittags 5 Uhr ist das Kind wieder bei vollem Bewusstsein, es hat viermal wässerige Massen und Milch erbrochen und einmal festen, gelben Stuhl gehabt. Lippen noch leicht cyanotisch. Milch wird mit geringem Würgen getrunken. Puls 106, ziemlich kräftig. Respiration 46, noch leicht stöhnend. Vom nächsten Tage ab erholt sich das Kind schnell; die verätzten Stellen sind bald geheilt, am 2. Februar 1894 wird Patient gesund entlassen. Nach einer Woche wird das völlig gesunde Kind wieder vorgestellt. Schluckbeschwerden sind nicht vorhanden. Während des Krankenhaus-Aufenthaltes enthielt der Urin weder Eiweiss, noch Harncylinder, noch Zucker und hat niemals Phenolreaction gezeigt. Die Farbe war stets strohgelb und dunkelte nur am ersten Tage etwas nach. Es handelte sich hier um eine mittelschwere Lysolintoxication, bei welcher relativ grosse Mengen des verdünnten Präparates in den Magen gelangt waren. Dass jedoch nur Spuren von Lysol resorbirt sein konnten, bewies der negative Befund von Phenol im Urin. Der Fall von Carbolintoxication ist deshalb beachtenswerth, weil eine grosse Menge von Carbol (25 Grm.) auf einmal in das mit einer sehr resorptionsfähigen Schleimhaut ausgestattete Rectum als Clysma eingeführt wurde und hier eine relativ lange Zeit verweilte. Bei der Schwere der Symptome konnte man kaum Heilung erwarten, und ist diese wohl hauptsächlich der Möglichkeit des raschen therapeutischen Eingreifens zu verdanken, insbesondere der rechtzeitigen Anwendung von Kalkwasser per rectum, durch welches Mittel unlösliche Salzverbindungen mit dem Carbol gebildet wurden, so dass eine weitere Resorption des Giftes nicht stattfinden konnte. Auch die Andung des Camphers dürfte nicht ohne Werth gewesen sein, ebenso wie die subcutanen Injectionen von Natr. sulfuricum, wodurch die



Umwandlung des freien Phenols in gepaarte Schwefelsäure begünstigt wurde. —r.

335. ***Die Behandlung des Fiebers bei Phthisis.*** *Von* ***K. Hochhalt.*** *(Pester med.-chir. Presse. 1893. 41. — Therap. Blätter. 1893. 12.)*

Verf. empfiehlt zur Bekämpfung des Fiebers bei Phthise Arsen in Form von Solutio Fowleri, und zwar anfangs 1 bis 2 Tropfen pro die, dann täglich um je 1 Tropfen mehr. Nach 5—6 Tropfen ist die Dosis nur jeden zweiten oder dritten Tag zu erhöhen. Mehr als 10 Tropfen zu verabreichen ist nicht rathsam, da es der Phthisiker nicht verträgt. Verf. hat mit Solutio Fowleri 50 Fälle behandelt, wobei er zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Arsen verbessert den Appetit in jedem Falle, selbst bei Fiebernden in wirksamer Weise und führt eine Zunahme des Körpergewichtes herbei. 2. Auf den Process in der Lunge hingegen, vielleicht mit Ausnahme der acuten initialen Spitzencatarrhe, übt das Arsen absolut keinen Einfluss aus. Bei ausgebreiteten Infiltrationen oder Cavernen schreitet der Zerfall bei Arsenbehandlung ungehindert weiter, wenn er auch durch dieselben nicht beschleunigt wird. 3. Entschieden beeinflusst werden die hectischen Fieber, wenn sie den Charakter sogenannter concomitirender Fieber und intermittirenden Typus haben und die nachmittägige Curve 39° C. nicht überschreitet. Dagegen bei Continua, sowie bei Temperaturen über 39° C. ist das Arsen wirkungslos. Bei der insufficienten Herzaction hat Verf. mit der Tinctura coronillae scorpioides (1:10) — 3mal täglich 8—20 Tropfen — die Zahl der Pulsschläge vermindert und den Blutdruck erhöht. Bei hohem Fieber empfiehlt Verf. dieses Mittel entweder allein oder in Verbindung mit Chinin (1·0—1·5 pro die) zu verabreichen. Gleichzeitige hydropathische Proceduren leisten auch gute Dienste. Wenn das hohe Fieber unter dem Einflusse dieser Behandlung in eine intermittirende Form übergeht, so verabreiche man Arsen. Nach der Entfieberung geht Verf. zur Creosottherapie über. Anfangs werden folgende Suppositorien verabreicht:

Rp. *Creosot* 1·0,
Butyr. Cacao 25·0,
Mf. Supposit. Nr. 5.
S. Täglich 1—2 Stück anzuwenden.

Erst später werden folgende Clysmen angewendet:

Rp. *Creosot* 2·0,
Ol. amygd. 20·0,
Mf. Emuls. 200·0.
MD. 50—60 Grm. zu verwenden.

Bei Fieber und ausgedehnter Bronchitis ist das Creosot contraindicirt.

336. ***Zur Chininbehandlung des Keuchhustens.*** *Von Dr.* ***P. Baron.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 48. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 10.)*

Verf. plaidirt für die von *Binz* und *Ungar* eingeführte Chininbehandlung des Keuchhustens, die er in zwei Epidemien zu prüfen Gelegenheit fand. Bei einer kleinen Anzahl der Kinder tritt eine günstige Wirkung sehr bald, nämlich schon am zweiten oder dritten Tage, ein. Bei den meisten ist der Erfolg mehrere Tage schwan-



kend, weil die Mehrzahl zum Erbrechen neigt und folglich ungleiche Mengen des Medicaments zur Aufsaugung kommen. Gewiss spielt auch bei dem Schwanken der Wirkung das Stadium der Krankheit, in welchem man mit der Chininbehandlung einsetzt, eine Rolle. Vom fünften bis sechsten Tage ab kann mit grosser Sicherheit eine entschiedene Besserung sowohl in Bezug auf die Anzahl, als auch auf die Heftigkeit der Anfälle erwartet werden. Die einmal eingetretene Besserung macht schnelle Fortschritte, selbst wenn die einzelnen Dosen allmälig verkleinert, beziehentlich seltener gegeben werden. — Die Frist, welche bei vorschriftsmässiger Therapie zur Heilung nöthig ist, möchte Verf. auf durchschnittlich drei Wochen angeben. Rückfälle hat Verf. bei Kindern, die durch das Chinin vom Keuchhusten befreit waren, nicht beobachtet. Misserfolge hat Verf. bis jetzt nur zwei gehabt. Besonders trat der Werth des Chinins bei den von acuten Lungenerkrankungen begleiteten Fällen hervor. Ob es hier mehr als Antipyreticum oder als Specificum wirkte, ist nicht zu entscheiden, aber es wirkte auffallend günstig. Die Einzeldosis ist: Chinin muriat 0·01 pro Monat und 0·1 pro Jahr dreimal täglich, am besten Morgens um 6 Nachmittags um 2 und Abends um 10 Uhr. Kräftigen Säuglingen muss meist eine stärkere, als die dem Alter entsprechende Dosis gegeben werden. Mehr als dreimal täglich 0·4 ist auch für ältere als 4jährige Kinder im Allgemeinen nicht nöthig. Bei deutlich eingetretener Linderung lässt man das Medicament nur zweimal täglich geben, dann die Dosen versuchsweise verkleinern und schliesslich bei fast vollendeter Heilung eine zeitlang nur noch Abends eine Dosis einnehmen. Die Form, in der das Mittel gegeben wird, sind abgewogene, in einem Löffel Wasser gelöste oder bei grösseren Kindern in Oblaten zu verpackende Pulver. Wenn der Appetit der Kinder zu wünschen übrig lässt, wie z. B. beim Fieber, ist es nothwendig, einen Löffel einer Salzsäuremixtur nachtrinken zu lassen. Bei sehr grosser Brechneigung that Verf. eine Verbindung des Chinin mit Pulvis aërophorus bisweilen gute Dienste.

337. ***Zur Behandlung varicöser Geschwüre durch Massage.*** *Von* ***Erdinger.*** *(Semaine méd. 1893. 69. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 9.)*

Bei Unterschenkelgeschwüren ist Massage bereits häufig angewandt worden, indessen figurirt sie meist als unterstützende Behandlungsweise neben Verbänden und localen, mehr oder weniger complicirten Eingriffen. Nach den Untersuchungen Verf.'s kann die Massage, wenn sie nur systematisch angewandt wird, eine schnelle Heilung varicöser, selbst seit langer Zeit bestehender Geschwüre herbeiführen, ohne dass sonstige locale Eingriffe, abgesehen von einem gewöhnlichen feuchten Borwasserverband, zur Verwendung gelangen. Verf. verfährt folgendermassen: Bei der ersten Besichtigung des Patienten wird mit Hilfe von Seife und verschiedenen antiseptischen Flüssigkeiten, besonders Sublimat, die Geschwürsfläche gereinigt. Hierauf behandelt man den Unterschenkel mit leichten Streichungen, letztere sollen nicht mit der ganzen Hand, sondern nur mit der mit Borvaseline angefeuchteten Fingerkuppe ausgeführt werden. Diese Manipulation gestattet, den Druck besser abzumessen und hat, wie es scheint, eine sedative Wirkung auf



die nervösen Endorgane. Man beginnt die Massage an der unteren Partie des Unterschenkels und der Geschwüre, hierauf nähert man sich denselben successive, indem man überall Streichungen von unten nach oben in centripetaler Richtung ausführt. Diese Manipulationen sollen an Intensität möglichst wechseln, ihre Dauer richtet sich nach dem Verhalten der Haut in der Umgebung des Geschwürs. Im Bereiche der Geschwürsränder werden diese Streichungen in derselben Weise ausgeführt. Man beginnt am oberen Rande des Geschwüres, hierauf werden die unterhalb des Geschwüres belegenen Abschnitte der Unterschenkel-Oberfläche in ähnlicher Weise massirt. Die Dauer einer jeden Sitzung beträgt 10—15 Minuten; zuerst wird täglich je eine Sitzung abgehalten, später im Verhältnisse zur Besserung und Vernarbung der Wunde können die Intervalle zwischen den Sitzungen grösser werden. Nach Verlauf einiger Sitzungen (2—6) verschwinden die Schmerzen vollkommen; hierauf merkt man allmälig auch einen Nachlass der Reizung, endlich beobachtet man ein schnelleres Vortreten der Vernarbung, selbst vollständige Heilung wurde in den vom Verf. beobachteten Fällen innerhalb 13 Tagen bis 2 Monaten je nach der Ausdehnung des Geschwüres constatirt. Mehrere Kranke brauchten ihre Beschäftigung während der ganzen Dauer der Behandlung nicht aufzugeben. Verf. schliesst aus seinen Beobachtungen Folgendes: 1. Die Massage ist eine rationelle Behandlungsweise varicöser Geschwüre. 2. Sie unterdrückt schnell den Schmerz und die Sensibilitätsstörung der Haut um das Geschwür herum. 3. Sie führt schneller zur Heilung als alle anderen Behandlungsmethoden. 4. Sie gestattet dem Patienten das Beibehalten seiner gewöhnlichen Beschäftigung, ohne dass dadurch die Schnelligkeit der Behandlung Schaden erleidet.

338. ***Behandlung der Spermatorrhoe.*** *Von* ***L. Harrison Mettler.*** *(The med. Record. 1893. 7. October. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1894, pag. 38.)*

Ist die Spermatorrhoe Folge von Tabes, Dementia paralytica, Strictur, vergrösserter Prostata u. s. w. oder entstand sie von irgend welchen Theilen aus auf reflectorischem Wege, so muss die Behandlung zunächst eine causale sein. In den meisten Fällen jedoch liegt die Ursache in einer physischen oder psychischen Ueberreizung der Geschlechtsorgane: hier ist vor allen Dingen die psychische oder hygienisch-diätetische Behandlung am Platze (Belehrung über die Folgen der Onanie, Fernhaltung aller die Sinnlichkeit erregenden Dinge, Sorge für kühle Schlafzimmer und fleissige Entleerung der Harnblase, laue Bäder, laue Waschabwaschungen etc.). Dazu empfiehlt es sich für alle diejenigen Fälle, in welchen mehr oder weniger starke Entzündung im Prostatatheile der Harnröhre vorhanden ist und allgemeine Reizbarkeit der letzteren besteht — es bilden diese Fälle eben die übergrosse Mehrzahl — heisse Sitzbäder, Oeleinspritzungen, Abführmittel, Blutegel oder spanische Fliegen am Damme und endlich, wenn durch diese Mittel die mehr acuten Symptome beseitigt sind, die Stahlsonde (Steinsonde) zu gebrauchen. Die allzu grosse Reizbarkeit der Harnröhre, ebenso wie ihre Blutüberfüllung u. s. w. kann durch nichts sicherer beseitigt werden, als dadurch, dass



man diese Sonde anfangs 1mal in 2 oder 3 Tagen, später täglich zuerst 2—3, dann 15—20 Minuten lang einlegt. Weit unsicherer und unter Umständen gefährlich sind nach Verf. Einspritzungen von Argent. nitric., Tannin, Hydrastis oder dergleichen. Von Arzneimitteln lobt er am meisten Atropin, dann Brom und Strychnin: doch pflegt deren Nutzen ohne gleichzeitige Anwendung der eben beschriebenen Behandlungsarten nicht übermässig gross zu sein. Die allgemeine Faradisation neben gleichzeitiger centraler Galvanisation erweist sich nicht selten, namentlich in Fällen allgemeiner Neurasthenie, hilfreich.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

339. ***Zur Radicalcur der Hernien.*** *Von Prof. Dr. Th.* ***Kocher.*** *(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1893. 18. — Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1894. 3.)*

Verf. operirt nach der folgenden Methode: Nachdem über dem Leistencanal und lateralwärts über denselben hinaus in der Richtung des Lig. Poupartii Haut und Fascia superficialis gespalten und die Art. epigastrica superficialis unterbunden ist, wird am vorderen Leistenring die dünne Fortsetzung der Aponeurose des Obliquus externus auf den Samenstrang gespalten, ebenso darunter die Cremasterschlingen und die Tunica vaginalis communis. Nun wird der Bruchsack stumpf isolirt und von den Gebilden des Samenstranges getrennt, bis er sich kräftig vorziehen und auf diese Art stielen lässt. Der Zeigefinger der linken Hand wird nun in den Leistencanal eingeführt und lateralwärts von der Stelle des hinteren Leistenringes eine kleine Oeffnung in die Aponeurose des Obliqu. ext. gemacht, durch diese und die darunter liegenden Muskelfasern des M. obliqu. int. und transversus eine Kornzange dem zurückweichenden linken Zeigefinger entlang durch den Leistencanal durch und aus dem vorderen Leistenring herausgeführt. Mit ihr wird der Grund des freipräparirten Bruchsackes gefasst, durch den Leistencanal herauf und zu der engen Oeffnung in dessen vorderer Wand, beziehungsweise etwas lateralwärts von deren oberem Ende durchgezogen. Nun hängt der Bruchsack mit der Richtung lateralwärts durch eine enge Oeffnung oberhalb des *Poupart*'schen Bandes heraus. Er wird so kräftig wie möglich angezogen, energisch torquirt, aber nicht abgetragen, sondern bei anhaltendem Zug auf der Aussenfläche der Aponeurose des M. obliqu. ext. gegen den vorderen Leistenring heruntergelegt. Durch den Zug wird die vordere Wand des uneröffneten Leistencanals, ganz besonders die Aponeurose des Obliqu. ext., zu einer Rinne ein- und rückwärts gedrückt. Indem man den torquirten Bruchsack in der angegebenen Lage gespannt erhält, legt man, vom obersten lateralen Theil angefangen, tiefgreifende Nähte an, welche oberhalb des torquirten Bruchsackstranges durch die schrägen Fasern der Aponeurose des Obliqu. ext. und die darunter liegenden Muskelfasern des Obliqu. int. und transversus durchgestochen werden, den Bruchsack selbst und unter demselben das *Poupart*'sche Band mitfassen. Diese Nähte schliessen medianwärts auch die Pfeiler

des vorderen Leistenringes zusammen, an welche das untere Ende des Brucksackes angeheftet wird. Was über den vorderen Leistenring abwärts geht, wird abgetrennt. Die erzielten Resultate sind in einer grossen Reihe von Fällen günstige. Ein analoges Verfahren wurde auch zur Radicaloperation der Schenkelbrüche geübt.

340. ***Fall von Oesophagusstrictur bei einem fünfundzwanzigjährigen Patienten.*** *Von Dr.* ***Klemperer.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1894. 4.)*

Im „Verein für innere Medicin" zu Berlin demonstrirte Verf. einen Patienten, der nie scharfe Speisen verschluckte und vor vier Jahren an Magenbeschwerden litt. Damals konnte Patient noch gut schlucken; allmälig traten aber beim Schluckact Hindernisse ein; seit 2 Jahren nährt er sich nur von Milch und Suppen, ohne dabei heruntergekommen zu sein; feste Speisen werden stets regurgitirt. Die Sonde geht bis 43 Cm. glatt hinein; eine steife Sonde steht auf 40 Cm.; zur Zeit gelangen in den Magen nur Sonden von 5 Mm. Durchmesser. Von Interesse sind die Erscheinungen, welche Patient beim Schlucken zeigt; im Laufe der Zeit hat sich nämlich ein Divertikel gebildet, in dem Speisen, welche Morgens gegessen werden, bis Nachmittags sich aufhalten und dann erst regurgitirt werden; sie sind dann in einen alkalisch reagirenden Schleim gehüllt. Patient gibt an, dass er beim Schlucken das Gefühl hat, als ob die Speisen still stehen. Tief unten sitzende Divertikel sind in den Lehrbüchern gar nicht erwähnt. Diagnostisch wichtig sind die Schluckgeräusche, die auch dieser Patient zeigt. Bei Stenosen treten dieselben später als nach 1—7 Secunden, wo man sie bei gesunden Leuten hört, auf; bei impermeablen Stricturen hört man sie gar nicht. Bei diesem Patienten hört man beim Wasserschlucken ein starkes erstes Geräusch, dann eine Zeit lang nichts und 7 bis 12 Secunden später ein Geräusch, als ob Wasser in Wasser fällt. Bei dem Schlucken eines festen Bissens zieht sich der Schluckact oft durch 10 Minuten hin; endlich kommt der Bissen im Magen an, und man hört ein langes lautes Gurren (Rrrr....). Schluckt Patient einen grösseren Bissen (Brot und Wasser), so hört man zuerst gar nichts, dann ein langes Geräusch: Patient windet und krümmt sich vor heftigen Schmerzen; nach etwa 3 Minuten geht der Bissen mit grossem Geräusch hindurch, wie mit einem Male. Offenbar sind hier stark hypertrophische Muskeln in Action. Das Divertikel fasst 40—45 Ccm. Inhalt. In der darauffolgenden Discussion macht *Boas* darauf aufmerksam, dass bei tiefsitzenden Divertikeln leicht Verwechslungen mit sackartigen Ausstülpungen möglich sind, die nach spastischen Contracturen auftreten. Er erwähnt einen entsprechenden Fall, der unter Brombehandlung und Anwendung starker Sonden geheilt wurde. Diese Contractionen werden durch einen kleinen Rest von Speisen, die oberhalb der Cardia liegen bleiben, hervorgerufen. *Senator* bemerkt, dass man bei Oesophagusdivertikeln gewöhnlich keine Hypertrophie, sondern Atrophie der Musculatur beobachtet. Um so merkwürdiger erscheine bei diesem Patienten das Hindurchpressen der Speisen. Trotzdem liege wahrscheinlich keine Hypertrophie der Muscularis vor, sondern eher eine Contraction des Zwerchfells, und zwar an der Stelle,



wo der Oesophagus das Zwerchfell passirt; der hindurchgehende Bissen regt die Contraction an.

341. ***Ueber Darmchirurgie.*** *Von Doc. Dr. v. **Hochenegg.** Nach dem Vortrag, gehalten im Wiener medicinischen Doctorencollegium am 12. Februar 1894. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 10.)*

Die Therapie der Darmocclusion beginnt mit den Irrigationen. Verf. bevorzugt hierbei die Rückenlage des Patienten mit durch ein Kissen gehobenem Becken, da in der Knieellenbogenlage Gesicht und Puls des Kranken schwer controlirbar sind und auch bei ersterer Lage der intraabdominelle Druck herabgesetzt ist. Verf. empfiehlt, das Rohr mit einem olivenförmigen Ansatz zu versehen, welches eingeölt ohne Widerstand in den Mastdarm eingeführt werden kann und dadurch, dass der Sphincter hinter der Olive schliesst, verhindert, dass neben dem Rohre Wasser ausfliesst. Nachdem die Irrigation nicht zum Ziele geführt hat, muss unverzüglich zur Operation geschritten werden. Die Verkündigung der Operation dem Patienten gegenüber obliegt dem Operateur, da dieser die Fragen bezüglich der Schwere des Eingriffes und der Prognose besser zu beantworten vermag, als der praktische Arzt. Verf. legt grossen Werth darauf, vor der Operation eine Magenausspülung zu machen, nicht von der Ansicht ausgehend, dass durch dieselbe die Occlusion behoben werden kann, denn in dieser Beziehung hat sich die Procedur nicht bewährt, sondern um den Magen und die nächsten Dünndarmpartien von zersetztem Darminhalt zu befreien und weiters zu verhindern, dass während der Narcose diese Massen erbrochen und aspirirt werden. Die Magenausspülungen erzielen auch regelmässig ein Schwinden des Meteorismus, was die nachfolgende Operation bedeutend erleichtert. Ein weiterer Grund für die Vornahme der Magenwaschungen besteht darin, dass sie den Uebertritt der Kothmassen des Dünndarms in den vor der Stenose liegenden paralytischen Darm verhindern, wodurch auch nach Wegschaffung des Hindernisses die Erscheinungen der Darmocclusion fortbestehen würden. Die Occlusion kann bewirkt werden durch Compression des Darmes von ausserhalb desselben liegenden Geschwüren: Ovarialcysten mit Stieltorsion, Fibrome des Ovarium. Carcinome und Steine der Gallenblase: ferner durch Incarceration im anatomischen Sinne: Volvulus, Strangulationen; schliesslich durch Tumoren des Darmes, vor Allem des Cöcum. In letzterem Falle ist angezeigt die Exstirpation des Tumors mit dem betreffenden Darmstücke oder die Ileocolostomie, wodurch eine Anastomose hergestellt wird zwischen Ileum und Colon, während der Tumor mit den angrenzenden Darmpartien des Colon ascendens und Ileum ausgeschaltet und in die Bauchwunde eingenäht wird. Ist die Geschwulst eine gutartige, so tritt Schrumpfung derselben und später Heilung ein.

342. ***Die chronische Entzündung der Hernien.*** *Von Prof. **E. Albert.** (Allg. med. Wiener med. Ztg. 1894. 1. — Allg. med. Centr.-Ztg. 1894. 17.)*

In seiner Habilitationsschrift: „Ueber Hernia inflammata“ (Wiener med. Jahrb. 1871) hat Verf. eine Reihe von Fällen gesammelt, wo sich in einer vorliegenden Bruchgeschwulst eine acute Entzündung nachweisen liess und hat die früher nur fragmen-



tarisch behandelte Frage der Peritonitis herniaria oder der Hernia inflammata zu einer Lehre entwickelt, nach welcher sich drei Hauptformen der Entzündung, die adhäsive, die exsudative und die eiterige, anatomisch unterscheiden und auch klinisch erkennen lassen. Im Laufe der Jahre sind nun Verf. eine Reihe von Fällen vorgekommen, die er unter dem Terminus „chronische Entzündung der Hernien" zusammenfasst. Analoge Fälle kann jeder Chirurg aus seiner Erfahrung beibringen; es fehlte nur die Zusammenfassung. Verf. theilt zwei solche Fälle mit, die als Typus dienen können. Der erste Fall betrifft eine 56 Jahre alte Frau mit einer seit vielen Jahren bestehenden Nabelhernie, der zweite einen 63jährigen Mann mit einer Leistenhernie, die angeblich vor fünf Jahren nach einem vierstündigen Spaziergange plötzlich entstanden sein soll. In dem ersten Fall lagerte im Bruchsacke seit Jahren eine riesige Netzmasse, in dem zweiten eine lange Dünndarmschlinge. In beiden Fällen fanden sich die Zeichen einer schleichenden, mitunter exacerbirenden, endlich zu ernstlichen Zwischenfällen führenden Entzündung. Bei dem Nabelbruche zerrte die angewachsene und an den Bruchsack fixirte Netzmasse das Colon endlich mittelst der entzündlichen Schwellung des ganzen Complexes so weit heraus, dass Knickung und Unbewegsamkeit, aber ohne Strangulation, bestand. Bei dem Leistenbruch war es die Compression der abführenden Schlinge, welche durch die hypertrophische und in gekreuzter Stellung fixirte zuführende Schlinge Unbewegsamkeit bedingte. In beiden Fällen war der Bruchinhalt stark hypertrophisch, der Bruchsack von complicirtem Baue, das Gesammtverhalten der Theile erinnerte stark an die deformirende Gelenksentzündung mit ihren Kapselerweiterungen, Ausbuchtungen und Vegetationen, und es waren rein mechanische Verhältnisse, welche bei vollkommen freier Bruchpforte doch Occlusionserscheinungen herbeiführten.

343. ***Zur Resection des Nervus maxillaris inferior.*** *Von Dr. **M. Quénu.** (Gaz. des hôpitaux. 1894. 5. — Centralbl. f. Chir. 1894. 9.)*

Verf. hat in einem Falle hartnäckiger Neuralgie des N. maxillar. inf. ein Operationsverfahren geübt, das eine Combination der *Krause*'schen intracraniellen und der *Rose*'schen extracraniellen Methode darstellt und die Vorzüge beider vereinen soll. Zunächst wird die Fossa temporalis durch einen nach oben convexen Hautschnitt blossgelegt, der Jochbogen durchgesägt und der Lappen, welcher Haut und Temporalmuskel enthält, nach unten geklappt. Dann wird das Os temporale trepanirt und die Oeffnung nach unten mit der Hohlmeisselzange erweitert. Hierbei wird die Dura durch den eingeführten Finger zunächst abgelöst und zugleich vor der Zange geschützt; die Erweiterung geschieht so lange, bis der Finger das Foramen ovale fühlt. Zur grösseren Sicherheit des Befundes dient ein kurzer Haken, der unter Leitung des Fingers in das Foramen ovale eingeführt wird und der Hohlmeisselzange als Leitsonde dienen soll. Auf ihr wird der grosse Keilbeinflügel bis zum Foramen ovale resecirt und hierdurch der Stamm des III. Trigeminusastes freigelegt. Nun brauchen nur noch die Mm. pterygoidei bei Seite geschoben zu werden, worauf der Stamm



des Nerven beliebig weit resecirt werden kann. Man kann ihn auch mühelos bis zum Ganglion Gasseri verfolgen, wenn man an diesem Ort die Resection vorzieht. So complicirt die Beschreibung der Operation erscheint, so einfach soll sie auszuführen sein. Verf. behauptet, vom Ansetzen des Trepans bis zur Freilegung des Nerven nicht mehr als 5 Minuten gebraucht zu haben. Die Blutung war minimal, am stärksten noch aus dem Musc. temporalis. Die ganze Operation dauerte $1^1/_4$ Stunden und war von Erfolg begleitet. Allerdings erfahren wir nicht, wie lange letzterer jetzt angehalten hat. Verf. gibt selbst zu, dass seine Methode nur eine Combination verschiedener früher beschriebener Verfahren *(Krause, Rose, Andrews* u. A.) sei, hält sie aber für leichter und ungefährlicher.

Ophthalmologie und Otiatrik.

344. ***Monoplegia brachialis mit Hemianopsie, durch Stichverletzung des Hirnschenkels bedingt.*** *Von* **G. Wernicke.** *(Allg. Wiener med. Ztg. 1893. 48. — Centralbl. f. Augenheilk. 1894. Heft 2.)*

Bei einem 24jährigen, sonst gesunden Manne trat nach einer vor 7 Jahren erlittenen Stichverletzung an der linken Schläfe rechtsseitige Hemiplegie auf, die nur auf die rechte Hand beschränkt blieb und ausschliesslich die Motilität betraf. Mit dieser cerebral bedingten Monoplegia brachialis ging eine rechtsseitige Hemianopsie, die durch das specifische Kennzeichen der hemiopischen Pupillenreaction ihren Ursprung von einer Verletzung des linken Tractus opticus verrieth, einher. Dadurch war es auch möglich, die Theilerscheinungen der rechtsseitigen Hemiplegie zu localisiren und die ganz bestimmte Localdiagnose auf eine Stichverletzung des linken Hirnschenkels an der Stelle, wo der Tractus opticus ihm anliegt, zu stellen. Mit dieser klinischen Diagnose stimmte auch die Lage der Stichnarbe überein; es konnte die basale Partie die Spitze des Schläfenlappens und nach einwärts davon Hirnschenkel und Tractus opticus getroffen werden. Als Folge der starken Blutung musste die schwere, mehrtägige Bewusstlosigkeit, die nach der Stichverletzung auftrat, gedeutet werden, während die leichte Ptosis des linken oberen Augenlides ohne weitere Mitbetheiligung der übrigen Aeste des Oculomotorius sich durch die Annahme erklären liess, dass nur Wurzelbündel des Levators von der Verletzung gestreift wurden.

345. ***Ein Fall von Rindenblindheit.*** *Von* **Dejerine** *und* **Vialet.** *(Société biologique de Paris. 1893. Decembre. — Centralbl. f. Augenheilk. 1894. Februar.)*

Folgender Fall ist sicherlich der vollkommenste Typus der Rindenblindheit, der je zur Beobachtung gekommen ist. Es handelt sich um einen Mann von 64 Jahren, der trotz seines vorgerückten Alters stark und kräftig war. Plötzlich wurde er eines Tages, ohne apoplectischen Anfall und ohne das Bewusstsein zu verlieren, blind. Die Untersuchung des Augenhintergrundes und der brechenden Medien ergab keine Läsion innerhalb des Auges. Die



Diagnose lautete demnach: Rindenblindheit in Folge von doppelter Läsion der inneren Fläche des Occipitallapens. Patient blieb bis zu seinem an Pneumonie erfolgten Tode blind. Man hatte noch öfters Gelegenheit, die vollkommene Integrität beider Augen zu constatiren. Der Pupillenreflex war und blieb vorhanden; die Pupillen verengten sich, wenn man den Patienten aufgab, auf seine Nase zu sehen. Die Convergenz beider Augen genügt also, um die Contraction der Iris hervorzurufen. Die Section hat in allen Punkten die während des Lebens gestellte Diagnose bestätigt. Es bestanden zwei vollkommen begrenzte Läsionen auf der inneren Fläche beider Occipitallappen. Rechts nahm sie den Cuneus, den Lobulus lingualis und ensiformis ein, links war sie auf die beiden letzteren beschränkt. Es bestand keine weitere Veränderung des Gehirnes.

346. ***Atropin in der Augenheilkunde.*** *Von Dr. P. Silex, Privatdocent und Augenarzt in Berlin. (Therap. Monatsh. 1894. Januar. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 22.)*

Die Ansichten über die zweckmässige Anwendung des Atropins bei den verschiedensten Augenleiden differiren heute mehr denn je. So macht sich jetzt z. B. eine Richtung breit, die die Anwendung des Atropins bei der Keratitis superficialis geradezu als einen Kunstfehler hinstellt, indem die durch die Atropinisirung hervorgebrachte Gefässerschlaffung den Heilungsvorgang hemme. Vor Allem aber bringe das Medicament öfters Glaucom hervor. Verf. kann dem nicht beistimmen und steht nicht an. Atropin zu verordnen bei den verschiedensten Formen von Keratitis, sobald sie mit stärkerer Reizung verbunden sind, welch letztere sich in subjectiven Symptomen, wie Lichtscheu u. A. und objectiv als starke pericorneale Injection und Irishyperämie zu erkennen gibt; denn das Atropin wirkt örtlich antiphlogistisch und beseitigt den Schmerz und den Entzündungsreiz. Durch diesen Satz ist somit die Frage beantwortet, ob und wann bei Pannus phlyctaenulosus und trachomatosus, ausgedehnten Epitheldefecten, Keratitis punctata, Bläschenkeratitis u. s. w. Atropin gegeben werden soll oder nicht. Auch bei Fehlen der Irishyperämie ist Atropin bei der Keratitis interstitialis indicirt deswegen, weil häufig bei dieser Erkrankung ganz unbemerkt hintere Synechien sich einstellen, die dann die Prognose wesentlich verschlechtern. Hornhautgeschwüre, namentlich solche, die mit Hypopyonbildung einhergehen, sind häufig mit Iritis complicirt. Deswegen auch hier Atropin. Dagegen ist die Atropinverwendung bei der Anwesenheit von Fremdkörpern in der Hornhaut ein Missbrauch, weniger wegen irgend welcher Gefahren für das Auge, als wegen der circa acht Tage dauernden Functionsstörung des Auges. Das einzig Richtige ist die Entfernung des Fremdkörpers unter Cocainanästhesie mit nachfolgendem Verband mit Watte und einer einzigen Bindentour. Die wichtigste Indication für die Anwendung des Atropins ist in der Iritis gegeben. Sobald die Diagnose gestellt, instillire man 2—3 Tage lang täglich 6—10 Tropfen nachstehender Lösung: Atropin. sulf. 0·1, Cocaini hydrochlor. 0·2, Aq. dest. 10·0. Was von den Synechien lösbar ist, wird auf diese Weise getrennt. Um Recidiven vorzubeugen, wird die Einträufelung am besten noch Wochen lang über den



Ablauf der Entzündung hin fortgesetzt. Lässt sich Mydriasis nicht erreichen, z. B. bei totaler hinterer Synechie, so soll man nach Verf. doch Atropin geben, weil durch die Ruhestellung des Ciliarmuskels eventuell die Schmerzen beseitigt werden. Atropin bei inneren Augenleiden, wie Chorioiditis, Retinitis, Netzhautblutungen, Ablösung u. s. w., erscheint Verf. überflüssig. Das Atropin hat weiter eine Indication bei der Scleritis complicata, bei acuten Entzündungen der Conjunctiva, die mit Irishyperämie complicirt sind, bei Verletzungen, z. B. perforirenden Corneoscleralwunden, Cataracta traumatica und Eindringen von Fremdkörpern in das Auge. Bei all diesen Fällen wird damit der Zweck verfolgt, die Iris und den Ciliarmuskel zu immobilisiren und so antiphlogistisch zu wirken. Durchaus contraindicirt ist Atropin natürlich bei den verschiedenen Arten des Glaucoms, Erkrankungen, die bisweilen als Iritis gedeutet werden. Eine Vermehrung der Schmerzen und weitere Abnahme des Sehvermögens, oft bis zur vollständigen Erblindung, sind die unausbleiblichen Folgen.

347. ***Die neuen Methoden der Staaroperation.*** *Von Prof.* ***E. Fuchs.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1893. 2. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 7.)*

348. ***Ueber den gegenwärtigen Stand der Staaroperation.*** *Von Prof.* ***A. v. Hippel.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1893. 36. — Ibidem.)*

Die auf Erzielung von Keimfreiheit bei der Operation gerichteten Massnahmen bestehen neben sorgfältiger Reinigung des Patienten und der operirenden und assistirenden Hände in Folgendem: bei Prof. *Fuchs* (Wien): Reinigung der Umgebung des Auges und der Lider mit Sublimatlösung 1 : 4000, Auswaschung des Bindehautsackes mit derselben Lösung oder mit sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung, Auskochen der Instrumente in Wasser, Desinfection der Hände des Operateurs und der Assistenten mit Sublimat 1 : 2000, Sterilisation des Verbandzeuges durch trockene Hitze. Bei Prof. *v. Hippel* (Halle): Abwaschung der Lider und der Cilien mit Seife, Alkohol und Sublimat 1 : 2000, Ausspülung des Conjunctivalsackes mit Sublimat 1 : 5000, Auskochen der Instrumente in Sodalösung und nachfolgende Desinfection derselben in 2%iger Carbollösung, Kochen der einzuträufelnden Cocainlösung, Sterilisation der Verbandstoffe in strömenden Wasserdampf. Was die Schnittführung bei dem gewöhnlichen (kernhaltigen) Altersstaar anlangt, so macht *Fuchs*, je nachdem, ob er mit oder ohne Iridectomie operiren will, entweder einen etwa das obere Viertheil der Hornhaut umfassenden Schnitt im Limbus corneae mit Bildung eines Bindehautlappens, oder einen etwas grösseren Schnitt dicht am Rande der durchsichtigen Hornhaut. *v. Hippel*, der die Operation mit Iridectomie ausführt, verlegt den etwa das obere Dritttheil der Hornhaut umspannenden Schnitt gleichfalls in den Limbus. Zur Frage der Iridectomie bei gewöhnlichen senilen Cataracten nehmen die beiden Autoren folgendermassen Stellung: *v. Hippel* hat die mit Iridectomie verbundene (sogenannte combinirte) Methode beibehalten „weil er, wie die Mehrzahl der Fachgenossen, einerseits die gegen diese Methode erhobenen Vorwürfe: cosmetische Entstellung und Beeinträchtigung

der Sehschärfe durch das Colobom, grössere Häufigkeit der Glaskörpervorfälle — nicht als berechtigt anerkennt, andererseits das öftere Vorkommen von Iriseinheilungen und -Vorfällen für eine ernste Gefahr wegen der Möglichkeit einer secundären Infection erachtet". *Fuchs* operirt sowohl mit als ohne Iridectomie; bei der Auswahl der Fälle lässt er sich von der Ansicht leiten, „dass die Operation ohne Iridectomie zwar das vollkommenere Resultat gibt, aber weniger Sicherheit des Erfolges gewährt", er bezeichnet die Operation ohne Iridectomie als eine „Luxusoperation, die man sich in vollkommen günstigen Fällen erlauben darf. Das Auge sieht nach derselben ganz unversehrt aus, woran sich allerdings der sachverständige Arzt mehr erfreut als der Patient". Ohne Iridectomie operirt er daher nur in den Fällen, welche in jeder Beziehung günstige Verhältnisse darbieten; er operirt dagegen stets mit Iridectomie: 1. bei sehr enger Pupille, 2. bei sehr unreifen oder stark geblähten Staaren, 3. bei mit anderweitigen Veränderungen im Auge complicirten Staaren, 4. bei gleichzeitigen Bindehautleiden, weil der beim peripheren Schnitt gebildete Bindehautlappen die Wunde vor nachträglicher Infection schützt, 5. wenn Vorfall der Iris in die Wunde nach der Operation zu befürchten ist, so auch besonders bei unruhigen oder unverständigen Patienten, 6. bei sehr alten marastischen Personen, die nicht lange liegen dürfen, 7. bei Einäugigen, da er die Operation mit Iridectomie für sicherer hält. — Bei einer solchen Auswahl der Fälle darf es natürlich nicht der Methode als solcher zugeschrieben werden, dass die Operation mit Iridectomie eine etwas höhere Verlustziffer aufweist als die Extraction mit Erhaltung einer runden Pupille (2·3 % gegen 0·6 %), denn ersterer wurden ja alle weniger günstigen Fälle zugewiesen.

349. ***Die Oeffnung der Zellen des Warzenfortsatzes bei acuten Entzündungen des Mittelohres.*** *Von Dr. L. D. Brose. Aus den Verhandlungen des I. panamerikanischen med. Congresses zu Washington. 1893. (Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 2.)*

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass gelegentlich in Fällen, in denen nach den allgemein angenommenen Grundsätzen durch die vorhandenen Symptome die Eröffnung des Warzenfortsatzes indicirt war, wo aber entweder die Operation von den Patienten verweigert oder aus irgend welchen anderen Gründen verschoben wurde, dennoch schliesslich durch locale Behandlung allein Heilung erzielt wurde. Otorrhoe, die mit heftigen Schmerzen einhergeht, ödematöse Schwellung oberhalb des Warzenfortsatzes, Fieber, das durch antiphlogistische Behandlung in acht Tagen (*Schwartze*) nicht reducirt wird, sind Indicationen für die Mastotomie, namentlich dann, wenn die hintere und obere Wand des Gehörganges geschwollen und Furunculosis oder Otitis ext. diffusa ausgeschlossen ist. Desgleichen ist Mastotomie indicirt in solchen Fällen von acuter eiteriger Mittelohrentzündung, in denen der Warzenfortsatz nicht afficirt erscheint, die jedoch der gewöhnlichen Behandlung während zwei bis drei Wochen widerstehen, als auch prophylactisch, wenn der Eiterabfluss erschwert ist wegen grosser Schwellung der Schleimhaut der Paukenhöhle oder wegen der Lage und Kleinheit der Perforation oder wegen Stenose des Ge-



hörganges. Gehirnabscess, eiterige Phlebitis mit Sinusthrombosis. extra-durale Abscesse und Meningitis, selbst wenn pyämische oder septicämische Symptome vorhanden sind, indiciren selbstverständlich Mastotomie. Ausserdem muss der Warzenfortsatz geöffnet werden bei unheilbaren und immer wieder recidivirenden Neuralgien. Bei der Operation folgt Verf. im Allgemeinen der von *Hartmann* angegebenen Methode. Die Operation ist beendet, wenn Eiter angetroffen wird. Bei mehr ausgedehnten Eiterungen, und wenn der Atticus hauptsächlich der Ort der Erkrankung ist, muss das untere Ende der hinteren Gehörgangswand auch entfernt werden, und zuweilen ein Drainagerohr von der neugebildeten Oeffnung aus durch den äusseren Gehörgang geführt werden. Gute Resultate können sowohl mit dem Meissel als mit dem Drillbohrer erzielt werden, da dieselben mehr von dem Operateur als von den Instrumenten abhängig sind.

350. ***Eine neue Trommelfell-Lupe.*** *Von Dr. Paul Schubert in Nürnberg. (Arch. f. Ohrenhk. Bd. XXXVI. — Wiener klin. Wochenschr. 1894. 10.)*

Bei Befestigung der Lupe am inneren Ende des Ohrtrichters erreicht man zwar bedeutende Vergrösserungen, jedoch wirken die Glasreflexe ausserordentlich störend. Dem ist nun allerdings durch eine sphärisch-cylindrische Combination abzuhelfen; dadurch wird aber das Instrument sehr vertheuert. Verf. nun erreichte denselben Zweck durch Aufkitten eines Glasprismas an die ebene Fläche der planconvexen Linse; dadurch wird einerseits bewirkt, dass das Reflexbild seitlich abgelenkt wird und nun nicht mehr stört, andererseits wird durch die Radiusverkleinerung das Reflexbild sehr verkleinert. Endlich bietet diese neue Trommelfell-Lupe noch den Vortheil, dass durch die Prismawirkung auch seitliche Partien zur Ansicht gelangen; durch Drehung des Ohrtrichters um die Längsachse kann nach und nach das ganze Trommelfell abgesucht werden.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

351. ***Ueber den Eiweissbedarf des Menschen.*** *Von A. Ritter. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 31 u. 32. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 1.)*

Gegenüber den Versuchen neuerer Autoren *(Hirschfeld, Breisacher, Klemperer)*, nach welchen der Mensch bei einem genügenden Gesammtbrennwerthe der Nahrung sich mit einer sehr kleinen Eiweissmenge in's N-Gleichgewicht setzen kann, vertritt Verf. die alte *Voit*'sche Lehre, wonach ein kräftiger Arbeiter bei mittlerer Kost 118 Grm. Eiweiss zur Erhaltung seines stofflichen Gleichgewichtes gebraucht. Er weist darauf hin, dass *Voit* selbst gelegentlich seiner Versuche an einem Vegetarianer die Möglichkeit einer eiweissärmeren Ernährung ausdrücklich zugegeben habe, dass er aber eine solche Ernährungsweise nicht als eine glückliche ansehen könne, da sie die Leistungsfähigkeit beeinträchtigte, die



Verdauungsorgane unnöthig in Anspruch nehme etc. Jedenfalls nöthigen jene Versuche, so weit sie überhaupt exact durchgeführt sind, nicht zum Verlassen der alten *Voit*'schen Ernährungsgrundsätze. Verf. stützt sich bei diesem Urtheil auf die Arbeiten *Peschel's*, der jene Versuche als gewaltthätige Eingriffe in das Getriebe des Stoffwechsels bezeichnet und auf die Untersuchungen von *Prausnitz*, wonach das Durchschnittskostmass des *Krupp*'schen Arbeiters sogar über die *Voit*'schen Zahlen hinausgeht. Die eigenen Untersuchungen Verf.'s wurden im *Voit*'schen Institute an kräftigen Erwachsenen vorgenommen. Im 1. Versuche erhielt der 65 Kgrm. schwere Mann eine 35 Grm. Eiweiss enthaltende Nahrung vom Gesammtbrennwerthe von 2304 Calorien (304 über den Wärmebedarf). Der Mann verlor in 6 Tagen im Ganzen 23·3 Grm. N, am letzten Tage noch 1·36 Grm. N. Erst nach Zulagen von 156 Grm. Ochsenfleisch (im Ganzen 67·5 Grm. Eiweiss) konnte N-Gleichgewicht erzielt werden. Im 2. Versuche erhielt die Versuchsperson von 87 Kgrm. 55 Grm. Eiweiss täglich bei einem Gesammtbrennwerthe der Nahrung von 2786 Calorien (368 über den theoretischen Bedarf). Auch hier war noch am 6. Tage ein Deficit von 1·78 Grm. N vorhanden. Diese Ergebnisse sprechen wiederum für die alten *Voit*'schen Forderungen. Der Eiweissverlust dieser Versuchspersonen wäre voraussichtlich noch grösser gewesen, wenn sie sich nicht in vollkommener körperlicher Ruhe befunden hätten. Verf. gibt die Möglichkeit zu, dass bei längerer Dauer der Versuche schliesslich N-Gleichgewicht eingetreten wäre, aber nicht an „dem ursprünglichen, sondern an einem in seinem Eiweissbestand reducirten Menschen". Die eiweissarme Nahrung ist überall im gewöhnlichen Leben der Ausdruck einer Nothlage der Armuth. Die Thatsache, dass in Japan die gesammte Bevölkerung mit weniger Eiweiss vorlieb nimmt, als bei uns, ist nach Verf., abgesehen von dem kleineren Körper der Japanesen, ebenfalls durch die ungenügenden Ernährungsverhältnisse weiter Volkskreise in Japan bedingt.

352. ***Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Nasenschleimhaut.*** *Von Dr.* ***Marco Treves.*** *(Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1893. 10. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 2.)*

Die Medicamente wurden in bestimmter Dosis auf einem hydrophilen Baumwollentampon auf die Nasenschleimhaut gebracht und dann im Urin nachgewiesen; nach langen Experimenten fand Verf. das santoninsaure Natron als das Geeignetste. Aus vergleichenden, mit der Absorptionsfähigkeit des Magens für dasselbe Medicament angestellten Versuchen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die Unterschiede in der Ausscheidung durch den Urin des santoninsauren Natrons sind weniger auffallend, wenn das santoninsaure Natron durch den Magen, als wenn es durch die Nasenschleimhaut resorbirt wird. 2. Man kann keinen directen Zusammenhang zwischen der Resorptionsfähigkeit der Nasenmucosa und der des Magens feststellen; Alles hängt von der Untersuchungsperson ab, die Regel kann sogar umgewandt werden. 3. Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass die Resorption durch den Magen doppelt so schnell vor sich geht als die durch Nasenmucosa, dass in Bezug auf die Maximaldosis der



Magen doppelt so viel Santonin in den Urin befördert als die Nasenmucosa, dass die Ausscheidung durch den Urin bei Magenresorption viel länger dauert als bei Nasenabsorption. Aus diesen Verhältnissen darf man nicht schliessen, dass die Magenresorption doppelt so gross wie die der Nase ist; die wässerige Lösung des santoninsauren Natrons, in den Magen gebracht, kommt überall in Berührung mit der grossen Fläche der Magenschleimhaut, während in der Nase ein Theil der Flüssigkeit im Tampon sitzen bleibt und nur ein geringer Theil in Berührung mit der kleinen Fläche der Nasenmucosa kommt.

353. ***Ueber die Veränderungen der Luftwege und der Lungen in Folge von Carbolvergiftung.*** *Von* ***R. Langerhans.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 48. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 15.)*

Durch die Section eines an Carbolvergiftung im Laufe von 24 Stunden gestorbenen 20jährigen Mädchens wurde Folgendes festgestellt: Pharyngitis et Oesophagitis catarrhalis; Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis catarrhalis; Bronchopneumonia multiplex fibrinosa-catarrhalis pulmonis utriusque; Adhaesiones pleurarum; Pleuritis sicca circumscripta dextra; Myocarditis, Gastritis, Hepatitis, Myositis parenchymatosa gravis; Icterus levis; Nephritis parenchymatosa haemorrhagica; Chylificatio jejuni, Enteritis follicularis ilei. Das Merkwürdige bei diesem Fall ist, dass die Luftwege sehr wenig, die Lungen dagegen sehr stark afficirt sind. Verf. glaubt, indem er auf einen analogen Fall von *Krukenberg* hinweist — in diesem war eine Bronchitis nach intrauteriner Anwendung der Carbolsäure entstanden —, dass bei Carbolvergiftung ohne directe corrosive Einwirkung der Carbolsäure Bronchitis entstehen kann. Es werden zuerst die kleinen oder kleinsten Bronchien afficirt. Auch die fast nach jeder Carbolvergiftung beobachtete Laryngitis entsteht nicht durch directe (corrosive), sondern durch indirecte (resorptive) Einwirkung der Carbolsäure. In gleicher Weise würde sich eventuell die in diesem Falle vorhandene schwere Veränderung der Trachealschleimhaut erklären lassen.

354. ***Ueber das Wiederaufleben der Thymusdrüse.*** *Von Dr.* ***Fernet.*** *(Revue intern. de rhinol., d'otol. et de laryngol. 1893. 9. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 2.)*

Dieses Wiederaufleben der Thymusdrüse ist bemerkbar bei Veränderungen des Corpus thyroideum oder irgend einer anderen Blutdrüse. 1. Bei Myxödem ist die Thymus immer sehr entwickelt *(Bourneville)*; bei solchen jugendlichen Kranken kann man annehmen, dass es sich blos um den Fortbestand der Thymus handelt; aber man findet dieses Aufleben auch nach der Pubertät und bei älteren Leuten. 2. Acromegalie zeigt fast immer eine gut entwickelte Thymusdrüse, und weil dieses Leiden blos bei Erwachsenen vorkommt, muss man eine wirkliche Reviviscenz annehmen. 3. Bei der *Basedow*'schen Krankheit hat Verf. einmal, Dr. *Möbius* fünfmal dieses Wiederaufleben gefunden; diese Zahlen lassen einen reinen Zufall nicht denken. Diese Reviviscenz der Glandula thymus würde also bei der *Basedow*'schen Krankheit beweisen, dass das Corpus thyroideum durch seine Veränderung



erstere Wiederbelebung bewirkt; die *Basedow*'sche Krankheit wäre also prognostisch gar nicht so schlimm, wie allgemein angenommen wird.

355. ***Ein Beitrag zur Casuistik der Syphilis hereditaria.*** *Von Dr. A. Tobeitz. (Aus dem k. k. pathol.-anatom. Institute der Universität Graz. Arch. f. Kinderhk. 1893. XVI, pag. 45.)*

Es handelt sich um ein 7 Wochen altes frühgeborenes Kind angeblich gesunder Eltern, das unter den Erscheinungen von Darmcatarrh erkrankte und nach wenigen Tagen schon unter der Bildung von Oedem der Beine und Anasarca, unter zunehmender Somnolenz und wiederholten Convulsionen zu Grunde ging. Die Section ergab hauptsächlich eine starke Erkrankung der Leber, die schon makroskopisch als luetisch aufgefasst werden konnte; dieselbe ist Veranlassung zur Bildung von Ascites geworden, der nun seinerseits nach Ansicht des Verf. die Oedembildung verursacht hatte durch die Compression der Cava inferior. In den sonstigen Organen, namentlich dem Gehirn, keine Veränderungen, so dass die Gehirnerscheinungen vom Verf. auf die durch den Darmcatarrh erzeugten Toxine bezogen werden. Der mikroskopische Befund der Lebererkrankung zeigte zwei Formen von Veränderungen: eine diffuse Bindegewebswucherung, welche anscheinend aus einer Proliferation der Zellen der Capillaren und des interacinösen Bindegewebes entstanden, sowie von den Scheiden der grösseren Gefässe und der Gallengänge ausgegangen ist, die Capillaren comprimirt und die Leberzellen durch Druck zur Degeneration, zur Necrose gebracht hat, sowie herdweise Ansammlungen von Leucocyten (Exsudatherde), welche, in dem Centrum zerfallend, als jüngere, aber ebenfalls zweifellos syphilitische Veränderungen vom Verf. angesehen werden. Auch die erstbeschriebene Bindegewebswucherung will der Verf. als syphilitisch bezeichnet sehen, wenn sie auch sehr verschieden ist von den circumscripten syphilitischen Veränderungen der Leber bei Erwachsenen.

356. ***Die Veränderung des Chlorstoffwechsels bei acuten Fiebererkrankungen.*** *Von Dr. Paul Terray. Vortrag in der Gesellsch. der Aerzte in Budapest in der Sitzung vom 24. Februar 1894. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 10.)*

Verf. hat den Chlorstoffwechsel an 5 an Pneumonie Erkrankten, an 4 Typhus- und an 3 Malariakranken untersucht. Die Chloreinnahmen auf dem Wege der Nahrung wurden täglich bestimmt; desgleichen die Chlorabgabe im Urin nach *Volhard*. Die Untersuchungen wurden bei jedem Kranken wochenlang fortgesetzt. Bei den an Lungenentzündung Erkrankten wurde auch der Chlorgehalt des Sputums und Schweisses festgesetzt. Ferner wurde der ClNa-Gehalt von 2 gesunden und 3 pneumonischen Lungen bestimmt. Bei Malaria wurden auch Blutkörperchen-Zählungen, Kaliummessungen, quantitative Bestimmungen des Urobilin im Koth und Harn gemacht und auf diese Weise der Charakter des Chlorstoffwechsels bei Malaria und die Erklärung desselben gegeben. Verf. fasst seine Resultate in Folgendem zusammen: Bei Pneumonie, sowohl bei der typischen als atypischen hält der Organismus das ClNa bis zum Höhepunkte der Erkrankung zurück. Die epikritische Steigerung der Chlorausscheidung folgt der Krise erst nach einigen



Tagen und hält mit der am 2. bis 3. Tage nach der Krisis eingetretenen reichlichen Diurese längere Zeit an. Die Lunge des Pneumonikers enthält mehr ClNa als die gesunde Lunge, aber nicht so viel, als während der Erkrankung ClNa im Körper zurückbleibt. Im Sputum und Schweiss des Pneumonikers ist so wenig ClNa enthalten, dass dies keinesfalls die Ursache der Chlorretention sein kann. Die bisherigen Theorien geben keine befriedigende Erklärung der Chlorretention. Es muss angenommen werden, dass das während des Fiebers im Körper zurückgehaltene Wasser die Ursache derselben ist. Diese Annahme wird durch den Vergleich der Einnahmen und Ausgaben an Salz gestützt, laut welchem bei Pneumonie eine solche Wassermenge im Körper zurückbleibt, die mit dem zurückgehaltenen ClNa eine physiologische Kochsalzlösung bildet. Bei Typhus abdominalis findet bis zum Aufhören des Fiebers eine ähnliche ClNa-Retention statt. Die Quantitäten des zurückgehaltenen Wassers und Salzes verhalten sich so wie bei der Pneumonie. Bei Malaria ist der Chlorstoffwechsel im entgegengesetzten Sinne verändert. Bei Quotidiana enthält der Fieberharn mehr ClNa als der normale, die Salzrentention findet in fieberfreiem Zustande statt. Das Plus an ClNa während des Fiebers rührt von dem Zerfall der rothen Blutkörperchen her, was auch in der Progression der Urobilinausscheidung ausgesprochen erscheint. Die ClNa-Resorption war bei allen Kranken normal. ClNa-Gehalt des Kothes immer gering Die untersuchten Kranken waren frei von Nierenerkrankung und Oedem.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

357. ***Ueber einen die Gingivitis und Hämorrhagien verursachenden Bacillus bei Scorbut.*** *Von Prof.* ***Babes.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 43. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 6.)*

Verf. hatte bereits in einem Vortrage auf dem internationalen Congress für Hygiene in London 1891 die Vermuthung ausgesprochen, dass der Scorbut zu den „infectiösen hämorrhagischen Infectionen“ gehöre, dass das Virus des Scorbutes in die Schleimhaut der Alveolarfortsätze der Kiefer eindringe, dass von hier aus die Producte desselben auf die Blutgefässe, namentlich gewisser Bezirke, einwirkten und auf diese Weise die Hämorrhagien und die übrigen Krankheitssymptome auslösten. In diesem Jahre nun konnte Verf bei Gelegenheit einer unter einem Reiterregiment ausgebrochenen Scorbutepidemie ausgedehntere bacteriologische Untersuchungen anstellen. In excidirten Zahnfleischstücken fand Verf., dass eine etwa 0·1 Mm. dicke Schicht derselben ausschliesslich aus einem dichten Filz von krummen, oft wellig gebogenen, langen, äusserst feinen Bacillen bestand. Zwei Kaninchen, denen ein in sterilem Mörser verriebenes und in Bouillon aufgeschwemmtes Stückchen des Zahnfleisches in die Blutbahn injicirt wurde, erkrankten unter Auftreten von ausgedehnten Hämorrhagien des Unterhautzellgewebes und gingen nach 6—8 Tagen unter geringem Fieber zu Grunde. Bei der Section fanden sich noch Ecchymosen



in der Tiefe der Musculatur, sowie an den serösen Häuten und der Leber. Eine Infection durch das Blut oder den Urin der an Scorbut Erkrankten gelang nicht. Schliesslich vermochte Verf. auch die erwähnten Bacillen auf Agarglycerin rein zu cultiviren, namentlich sie von den leicht überwuchernden, ebenfalls in dem kranken Zahnfleisch vorhandenen Streptococcen abzusondern. Bei Injectionen der Reinculturen treten bei den Versuchsthieren ebenfalls disseminirte Hämorrhagien im Unterhautzellgewebe und an den serösen Häuten auf, jedoch nicht in dem ausgedehnten Masse wie nach Einbringung der Zahnfleischpartikelchen. Die Einverleibung von Streptococcen gleichzeitig mit dem Bacillus war in der Regel von einer tödtlichen hämorrhagischen Infection gefolgt. Schleimhautveränderungen an den Zahnfleischrändern konnten bisher nicht experimentell hervorgerufen werden. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die Zahnfleischveränderungen und wahrscheinlich auch die Bluterkrankung (letztere vielleicht unter Mitwirkung von Streptococcen) in seinen Fällen von Scorbut mit dem Eindringen von ungeheueren Mengen des von ihm näher beschriebenen Bacillus in die Schleimhaut in ursächlichem Zusammenhange stehen. Er glaubt, dass dieser Bacillus sich gewöhnlich in der Mundhöhle befindet, aber nur dann günstige Vegetationsbedingungen in der Zahnfleischschleimhaut findet, wenn bei herabgekommenen und namentlich einförmig genährten Individuen die Widerstandsfähigkeit des Organismus gelitten hat.

358. ***Versuche über die Desinfection der städtischen Abwässer mit Schwefelsäure.*** *Von* ***Ivánoff****, Sophia. Aus dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin. (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankh. Bd. XV. Heft 1.)*

Stutzer und *Burri* haben gezeigt, dass in einem reinen Wasser ein Zusatz von 0·05% Schwefelsäure genügt, um etwa im Wasser befindliche Cholerabacillen zu tödten. Etwas grösseren Zusatz gebraucht man, wenn man die Cholerabacillen schon in der Canaljauche tödten will, und zwar muss ein um so grösserer Zusatz gemacht werden, je verunreinigter das Abwasser ist. So brauchte man, um die Cholerabacillen im Berliner Canalwasser zu tödten, nur 0·04% Schwefelsäure zuzusetzen, beim Potsdamer Canalwasser, das bedeutend stärker verunreinigt war, war 0·08% Zusatz nöthig. Um den gewünschten Zweck zu erreichen, muss die Mischung nach dem Zusatz eine ziemlich starke saure Reaction zeigen. Nächst der Kalkdesinfection ist die Schwefelsäuredesinfection die billigste.

359. ***Ueber einen gasbildenden Bacillus im Harn bei Cystitis.*** *Von* ***W. Schow****. Aus der medicinischen Klinik zu Kiel. (Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde. 1892. December. — Deutsche med. Ztg. 1894. 39.)*

Verf. untersuchte den Harn eines Kranken, der in Folge von Compressionsmyelitis eine Incontinenz der Blase und Cystitis hatte; die Veranlassung zur Untersuchung gab das Auftreten eines eigenthümlichen, etwas schwefelartigen Geruchs in diesem Harn. Der Harn zeigte schwach saure Reaction, schwache Trübung, geringes Sediment, aus Blasenepithelien, weissen Blutkörperchen und einer mässigen Menge von Bacterien bestehend. Die Bacterien waren theils Coccen, theils, und zwar in geringerer Zahl, kleine, ziemlich



plumpe Stäbchen. Auf Platten von gewöhnlicher Fleischwasserpeptongelatine, die mit einigen Cubikcentimetern des Harns begegossen werden, wuchsen nur 3 Arten von Bacterien, von denen 2 sich später als zu derselben Art gehörig herausstellten. Bei der einen von diesen zeigte sich schon nach einigen Tagen eine lebhafte Gasentwicklung in der Stichcultur. Dieser Mikroorganismus, in der Literatur noch nicht beschrieben, stellte ziemlich plumpe, kurze Stäbchen dar, die sehr häufig, zu zweien aneinander gelagert, längere Bacillen vortäuschen. Sie sehen häufig, namentlich in grösserer Menge dicht aneinander liegend, so aus, als wenn es grosse Staphylococcen wären. Die Untersuchung im hängenden Tropfen zeigte, dass es Kurzstäbchen waren, die nie zu längeren Fäden auswuchsen, keine Spuren beobachten liessen. Nach *Gram*'scher Methode wurden sie nicht entfärbt. In der Gelatineplatte dehnten sich die oberflächlichen Colonien rasch aus; es waren flache, leicht gelbweisse, glänzende Auflagerungen, mit unregelmässig gezackten Rändern. Verflüssigung trat nicht ein. Die tiefen Colonien waren klein, rund, gelblich. Nach 48 Stunden waren die oberflächlichen Colonien etwa hirsekorngross, die tiefen nur stecknadelkopfgross und intensiver gelb gefärbt. Mikroskopische Untersuchung und Reincultur beider Arten ergaben die Identität der die oberflächlichen und tiefen Colonien zusammensetzenden Bacillen. In der Gelatinestichcultur wuchsen sie kräftig längs des ganzen Impfstichs als kleine, runde, weisse Häufchen. Nach 24 Stunden, bei höherer Temperatur schon nach 12 Stunden, zeigten sich vom Impfstich ausgehend Gasblasen, die sich sehr rasch vermehrten, bisweilen sogar die Gelatine in querer Richtung theilten. Ebenso war das Verhalten der Agarstichcultur. Besonders üppig war das Wachsthum der Bacillen auf der Kartoffel, wo sie sehr dicke, blassgelbe Auflagerungen von körniger Oberfläche bildeten. Bouillon trübte sich bei Zimmertemperatur in 24 Stunden. Steriler Harn trübte sich durch die Bacillen in gleicher Zeit wie die Bouillon, seine Reaction wurde schwach alkalisch. Es entwickelte sich ein eigenthümlicher Geruch, aromatisch, unangenehm, etwas streng, nicht ammoniakalisch, nicht von der Art, wie er am Harn des Kranken beobachtet wurde. Auch im Harn producirten die Bacillen Gas, in Gährungsröhrchen etwa soviel, wie dem 15. bis 20. Theil des Röhrchens entsprach. Nach einigen Wochen sistirte die Gasentwicklung. Der grösste Theil des in grösserer Quantität gesammelten Gases war Stickstoff, vermuthlich durch Verunreinigung mit Luft, etwa der 15. Theil war CO_2. Im Laufe der Behandlung hatte sich die Blasenentzündung gebessert und man fand keine Bacillen mehr. Der Kranke starb an allgemeiner Körperschwäche. Die Section ergab eine mässige Cystitis. Verf. schlägt für den Bacillus den Namen Coccobacillus aerogenes vesicae vor. Er scheint nicht selten vorzukommen.

360. ***Anthracose der Lungen bei den Polirern der sogenannten Kohlenlichte, die für elektrische Apparate gebraucht werden.*** Von **E. Lancereaux.** *(La France méd. 1893. 47. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1894. 7.)*

Die Anthracose, unter dem Namen der Kohleninfiltration (encombrement charbonneux) als Krankheit bekannt, die bei Ar-



beitern von schlecht ventilirten Kohlengruben vorkommt, ist enorm bösartig und führt leicht den Tod herbei, abgesehen davon, dass die Bergleute nach kurzer Zeit in Folge von Kurzathmigkeit verhindert sind, ihre Arbeit fortzusetzen. Vor circa 30 Jahren fand man bei Arbeitern, die in mit Kohlenstaub geschwängerten Räumen ihrer Beschäftigung oblagen und dann in die Krankenhäuser eintraten, Kohleninfiltration der Lungen, z. B. bei Modelleuren aus Kohlenmaterial vor circa 30 Jahren. Doch, seitdem Gyps die Kohle verdrängt hat, sind die Fälle fast ganz geschwunden. 1890 bemerkte Verf. bei einem Influenzakranken auffallend schwarz gefärbten Auswurf beim Speien, kam auf den Gedanken, dass es Kohlenpartikel sein könnten, die die Färbung bewirkten, und fand die Diagnose bestätigt. Patient, ein kräftig gebauter, aus gesunder Familie stammender, gut genährter Mann, ging darauf, nachdem er immer wieder Hilfe im Krankenhaus nachgesucht hatte, unter den Erscheinungen von Dyspnoe, Lungen-Cavernen und allgemeinem Kräfteschwund zu Grunde im Juni 1893. Die Section ergab pleuritische Adhäsionen beider Lungen, und die Lungen selbst waren infiltrirt und schwarz, gleichsam in zwei Stücke Kohle verwandelt und der Thoraxwand anhängend. Patient war Arbeiter in einer Fabrik zur Anfertigung der Kohlenlichte für elektrische Lampen. Die rohe Kohle unterliegt dabei vielfacher Bearbeitung, bei der besonders das Poliren auf einer Schmergelmühle von Bedeutung ist. Bei der Bearbeitung auf dieser Mühle werden leider zwei Arten unlöslichen Staubes entwickelt: Kohlenstaub vorzüglich und Kieselstaub; beide dringen leicht in die Luftwege und den Magendarmcanal, infiltriren das Lungengewebe, seltener die Leber, und bedingen in den afficirten Organen wenigstens eine Verdickung. Verf. wendet die Aufmerksamkeit darauf, dass die Arbeiter in diesen Werkstätten vor der Gefahr geschützt werden müssten. Das sicherste Mittel ist eine gesetzliche Forderung, dass die betreffenden Arbeitsräume gut ventilirt und geräumig seien und Aspirationsröhren möglichst in der Nähe der Arbeiter eingerichtet würden. — Näheres sehe man im Originale nach. Wir meinen nur, dass die Arbeiter in solchen Werkstätten Respiratore tragen müssten.

361. ***Einfaches Verfahren, Wasser in grossen Mengen keimfrei zu machen.*** *Von **Moritz Traube**. (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskh. 1894. 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 15.)*

Chlorkalk, bekanntlich eines der kräftigsten Desinfectionsmittel, in der höchst geringen Menge von 0·0004260 Grm. (enthaltend 0·0001065 Grm. wirksames Chlor) zu 100 Ccm. stark bacterienhaltigen Wassers zugesetzt, tödtet bereits innerhalb zwei Stunden (wahrscheinlich schon früher) alle darin vorhandenen Mikroorganismen. Das so behandelte Wasser, in kleinen Proben in geeignete Nährlösungen (Bierhefeabkochung oder *Koch*'sche Nährbouillon) ausgesät, erwies sich als völlig keimfrei. Der Chlorgehalt hatte nach 2 Stunden nur um 9·1% abgenommen. Zur Entfernung des nicht verbrauchten Chlorkalks war ein Zusatz von 0·000209 Grm. Natriumsulfit hinreichend. Ein Ueberschuss von Natriumsulfit bis etwa 50% über die unbedingt erforderliche Menge schadet nichts, da das überschüssige Natriumsulfit schon nach 12—14 Stunden durch den im Wasser enthaltenen Sauerstoff zu völlig indifferentem



Natriumsulfat oxydirt wird. Die überschüssig zugesetzten Mengen von Natriumsulfit, bei ihrer Geringfügigkeit ohne schädlichen Einfluss, waren durch den Geschmack nicht wahrnehmbar. Das nacheinander mit Chlorkalk und Natrium- oder auch Calciumsulfit behandelte Wasser schmeckt mit und ohne den geringen Gehalt an Sulfit vollkommen rein; die Reaction ist völlig neutral. In der That hat das Wasser durch die Sterilisation keinen Zusatz an fremdartigen Stoffen erfahren. Durch den Chlorkalk und das nachher zugefügte Natrium- oder Calciumsulfit ist die Härte nur um 0·7 deutsche Grade gestiegen und der Gehalt an Sulfaten nicht wesentlich gewachsen. Im Ganzen würden zur Sterilisation von einer Million Cubikmeter Wasser circa 85 Centner Chlorkalk und circa 40 Centner Natriumsulfit erforderlich sein. Zur Herstellung des in vorliegenden Versuchen verbrauchten bacterienhaltigen Wassers fügte man zu Berliner Leitungswasser so viel einer fauligen Fleischflüssigkeit, dass sein Gehalt an organischer Substanz 0·2 Grm. im Liter betrug. Die faulige Fleischflüssigkeit wurde erhalten durch achttägiges Stehenlassen von $^1/_4$ Pfund gehacktem Fleisch mit wenig Wasser am warmen Orte. Wie bereits erwähnt, hatte der Chlorkalk nach zweistündigem Stehen mit dem bacterienhaltigen Wasser nur wenig (9·1%) abgenommen. Dementsprechend ergab ein besonderer Versuch, dass sich der Gehalt an organischer Substanz der bacterienhaltigen Flüssigkeit nach zweistündiger Einwirkung von Chlorkalk nur unerheblich vermindert hatte. Hieraus geht hervor, dass der Chlorkalk rascher auf die Bacterien als auf die übrigen organischen Substanzen einwirkt. Man kann also durch verhältnissmässig sehr geringe Mengen Chlorkalk und darauffolgende Behandlung mit Natriumsulfit, also auf sehr einfache und wenig kostspielige Weise, in kurzer Zeit und beliebiger Menge ein keimfreies Wasser darstellen, ohne dass in demselben nach erfolgter Sterilisation ein fremdartiger Bestandtheil verbleibt. Ob auch pathogene Bacterien in ebenso kurzer Zeit durch das angegebene Verfahren vernichtet werden, hat Verf., an der Fortsetzung der Versuche verhindert, nicht direct festgestellt. Doch dürfte dies nach den Versuchen von *R. Koch* und *F. Nissen* für die meisten pathogenen Bacterien nicht zweifelhaft sein.

Literatur.

362. ***Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr. L. Jacobson, Privatdocent und Ohrenarzt in Berlin. Mit 318 Abbildungen auf 20 Tafeln. Leipzig 1893, G. Thieme. (447 S.)*

Nebst der regen literarischen Thätigkeit, welche die Pfleger der Ohrenheilkunde an den Tag legen, erschienen auch noch, zumal in den letzten Jahren, mehrere Lehrbücher über Ohrenkrankheiten, die bald in conciser Form, bald aber in umfangreicher Weise die Aerzte mit den Mysterien der Otologie bekannt zu machen berufen wären. Und wenn wir nun bedenken, dass die Lehrbücher von *v. Tröltsch*, *Gruber*, *Politzer*, *Schwartze*, *Urbantschitsch*, *Hartmann*, *Kirchner*, *Bing* und *Bürkner* ihren



Platz vollkommen ausfüllen, wird wohl Jedermann in erster Reihe die Frage aufwerfen, ob denn das in Rede stehende Werk einem Bedürfnisse abzuhelfen berufen wäre, da doch, wie soeben erwähnt, schon andere Autoren viel früher das gethan hätten. Nun ist's dem aber nicht so. Trotz aller Bemühungen von Seiten der Otiatriker wird in der allgemeinen Praxis immer noch viel gesündigt, und es kann daher nur als Verdienst betrachtet werden, wenn sich immer noch neue Autoren finden, die ein „Vademecum" dem praktischen Arzte in die Hand geben, wodurch das otiatrische Wissen umso rascher das Gemeingut der praktischen Aerzte wird. Umso mehr Verdienst gebührt einem Verf., wie dies bei *Jacobson* der Fall ist, welcher uns das Ergebniss einer 16 Jahre langen und überaus emsigen und gewissenhaften Thätigkeit mittheilt, welche er an dem colossalen Materiale der Berliner Universitäts-Ohrenklinik entfaltete. Wer Gelegenheit hatte, sich von der Grösse des Materials persönlich zu überzeugen, dem wird es leicht begreiflich sein, dass *Lucae's* Klinik eine Stätte ist, wo man viel, sehr viel beobachten, erproben und somit auch viel lernen kann. Und wenn der Verf. die eigenen Erfahrungen mit denen anderer Ohrenärzte ergänzte, so muss selbst die strengste Kritik ein günstiges Urtheil fällen. Bezüglich des Inhaltes will Referent sich kurz fassen und erwähnen, dass in 15 Abschnitten Alles zusammengetragen ist, was zur Erkenntniss, zur Beurtheilung und erfolgreichen Behandlung der Krankheiten des Ohres und seiner einzelnen Theile unerlässlich ist. In gedrängter Kürze zwar, jedoch umso leichter fasslich, wird die Anatomie des Ohres besprochen, hierauf die diagnostischen Hilfsmittel. Als letztere wären zu erwähnen die verschiedenen Untersuchungsmethoden mit Spiegel und Sonde, ferner mittelst Ballons und der verschiedenen Schallquellen (Uhr, Sprache, Stimmgabel etc.). Bei der Symptomatologie bespricht Verf. sowohl in subjectiven, als auch alle objectiv nachweisbaren Erscheinungen (Schwerhörigkeit, die verschiedenen Gehörsempfindungen, Schmerzen, Fieber, Ausfluss etc.), um endlich zu zeigen, wie man bei dem Krankenexamen vorzugehen hat, respective welchen Klagen man mehr und welchen man weniger Bedeutung zuschreibe. Nach einer recht ausführlichen Besprechung der verschiedenen Einschreitungen therapeutischer Hinsicht im Allgemeinen folgen die specielle Pathologie und Therapie aller vorkommenden Ohrenkrankheiten, wo wir selbst jene Methoden nicht vermissen, welche die Simulation von Schwerhörigkeit oder Taubheit aufzudecken berufen sind, und bespricht auch Verf., wenn auch nur kurz, die Lebensversicherung von Ohrenkranken; besonders hervorheben möchte Referent einen Abschnitt des XII. Cap.: „Zur topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten und zur Projection der Rindencentren und Grosshirnfurchen auf die Schädeloberfläche." — Endlich wären noch besonders hervorzuheben die letzten zwei Capitel. In dem einen werden die Beziehungen der Ohrenkrankheiten zu den anderen Krankheiten besprochen, wo der Leser jene Erkrankungen des Gehörorgans kennen lernt, welche durch andere Krankheiten (Typhus, Scarlatina, Morbilli, Influenza, Mumps, Pneumonie, Meningitis, Tabes, Tuberculose, Syphilis, Diabetes, Eclampsie etc.) bedingt oder unterhalten werden. Und den Abschluss bilden die Krankheiten der Nase, des Rachens und Nasenrachenraumes, welche doch nur zu oft die verschiedensten Erkrankungen des Ohres nach sich zu ziehen pflegen und deshalb auch

von jedem modern denkenden Ohrenarzte in gebührender Weise in Betracht gezogen werden müssen. Abweichend von den anderen Lehrbüchern hat Verf. die 318 Abbildungen nicht zwischen den Text setzen lassen, sondern auf 20 Tafeln am Schlusse des Buches beigegeben; es wird hierdurch die Bequemlichkeit manchmal entfallen, doch ist der Leser hierfür damit entschädigt, dass er besser ausgeführte Bilder erhält, was bei manchen, wenn zwischen den Text gedruckt, nicht so gut möglich gewesen wäre. Nach all dem kann Referent Verf.'s Werk nur bestens empfehlen, denn dasselbe wird dem praktischen Arzte in recht verständlicher Weise die besten Dienste ertheilen und selbst der Specialist wird viel Interessantes darin finden, zumal auch seltenere Erkrankungen und stellenweise kritische Auseinandersetzungen (für die allgemeine Praxis weniger wichtig und deshalb auch kleiner gedruckt) anzutreffen sind. Druck und Ausstattung des Buches lassen kaum Etwas zu wünschen übrig und gereichen der bewährten Verlagsfirma zur Ehre.

Szenes, Budapest.

363. ***Bibliographie der klinischen Helminthologie.*** *Von J. Ch. Huber, München. J. F. Lehmann. 8°. 1893. Heft 5/6, pag. 151 bis 239.*

Im Anschlusse an die Bibliographie von Echinococcus, Cysticercus, Tänia und Bothriocephalus*) bringt Verf. die Bibliographie von Ascaris lumbricoides (pag. 157—198), und zwar nach folgenden Gesichtspunkten geordnet: 1. Gräco-romanische Literatur. 2. Encyclopädien. 3. Medicinische Zoologie. 4. Aus der Pädiatrik. 5. Specielle Pathologie. 6. Ueber die Art überhaupt und Diversa nach Sprachen geordnet. 7. Anatomie und Entwicklung (hier ist die viel genauer studirte Art Amigacephala nicht weiter hereingezogen). 8. Specielle Localisation, Symptome und Complicationen, nach Organen geordnet. Der Anhang behandelt die Wurmfallen, dann A. Mystax und A. maritima Zenck. aus Krabben. Die zweite behandelte Art ist Oxyuris vermicularis Brems., die dritte Trichocephalus hominis Schrk. und endlich die vierte Ankylostoma duodenale Dub. — alle so ziemlich nach demselben Schema. Eingeschaltet erscheint bei Oxyuris ein Auszug aus einem Vortrage *F. A. Zenker's* in der Dresdener Naturforscherversammlung. Auch für Laien interessant ist die Entdeckungsgeschichte von Ankylostoma duodenale. Auch dieses Heft liefert staunenswerth complete Literaturnachweise der behandelten Arten.

Prof. Dr. *Dalla Torre*.

Sitzungsberichte.

364. ***Aseptische Grundsätze in der Geburtshilfe.*** *Von J. Veit. (Nach dem Vortrage, gehalten in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 20. December 1893. — Berliner klin. Wochenschr. 1894. 3.)*

(Schluss.)

III. Die Diätetik der Geburt nach diesen Grundsätzen ist der umstrittenste Punkt der ganzen aseptischen Bestrebungen, und wenn mich nicht Alles täuscht, ist für viele von Ihnen unsere Absicht, die normale Geburt ohne innere Untersuchung zu leiten, ein Stein des Anstosses. Dabei kann es sich nur um solche Fälle handeln, die an sich, weil

*) Vergl. Medicinisch-chirurgische Rundschau, XXXIV. Jahrg., 1893, pag. 151.

völlig physiologisch verlaufend, der Hebamme überlassen werden und in denen heutzutage überall, wenn die äusseren Verhältnisse es gestatten, zur Beaufsichtigung der Geburt, insbesondere bei Erstgebärenden, ärztliche Hilfe hinzugezogen wird. Vor Allem bezieht sich unser Streben natürlich auch auf die Art, in der die Hebamme die normale Geburt leitet. Immerhin aber sind in der Dresdener geburtshilflichen Anstalt 40% der Kreissenden — Tausend Entbindungen ist diese Zahl entnommen — ohne jede innere Untersuchung niedergekommen und ohne Nachtheil niedergekommen. Es ist ja auch keineswegs gesagt, dass wir nunmehr die innere Untersuchung bei normalen Verhältnissen gar nicht vornehmen wollen. Glauben Sie aber nur nicht, dass die Anzeigen für die Einführung des Fingers in die Scheide stets hochpathologischer Natur sind, so kann z. B. der ausserordentlich lebhafte Schmerz, den eine übermässig empfindliche Kreissende äusserst, Grund genug sein, um durch die innere Untersuchung festzustellen, ob man nicht hier durch die Blasensprengung oder Aehnliches der Frau die schwere Stunde abkürzen kann. Wir würden sonst kaum uns in dem Rufe erhalten, dass wir der Kreissenden wirklich etwas leisten. Gerade die Verhältnisse der Praxis werden in dieser Beziehung einen weiteren Spielraum uns geboten erscheinen lassen; es scheint mir aber dringend nothwendig zu sein, daran festzuhalten, dass man gerade hier ohne Anzeigen sich auf die äussere Untersuchung zu beschränken hat. Auch sind die Untersuchungsmethoden von aussen, wie sie bisher ausgeübt worden sind, meiner Meinung nach nicht vollkommen ausreichend. Die Manipulation von aussen, das Palpiren des Rückens und des Kopfes kann grosse Schwierigkeiten haben, und besonders die Beurtheilung des Vorrückens des Kopfes ist in der Austreibungsperiode allein von den Bauchdecken aus nicht in der Weise möglich, wie es wünschenswerth wäre. In dieser Beziehung hat sich mir die äussere Untersuchung von der hinteren Wand des Beckens in Seitenlage der Kreissenden ausserordentlich werthvoll erwiesen. Sie können, wenn der Muttermund völlig erweitert ist — und das erkennen Sie bei unseren Untersuchungen durch das Eintreten der Presswehen — bei einer normalen Kreissenden verlangen, dass der Kopf mindestens neben dem Kreuzbein in der Incisura ischiadica major während der Wehen fühlbar wird, und Sie müssen hier weiter verlangen, dass Sie an dieser Stelle während der Wehen dauernd ein Fortschreiten des Kopfes beobachten. Auf der Seite, nach der das Hinterhaupt zu gerichtet ist, fühlen Sie an der genannten Stelle den Kopf, demnächst wird er seitlich vom Steissbein, dann auf dem sogenannten Hinterdamm und endlich auf dem Damm fühlbar. Ist das in der Austreibungsperiode nicht der Fall, so muss die innere Untersuchung vorgenommen werden. Es ist ja eine Fortsetzung einer alten Erfahrung der Hebammen; sie berichten dem Arzt, der bei der Entbindung zugegen ist: „jetzt kommt der Kopf auf den Damm, jetzt müssen Sie sich auf den Dammschutz präpariren". Viel früher, als der Kopf auf den Damm kommt, können wir uns schon durch Palpation von aussen neben dem Kreuzbein davon überzeugen, dass der Kopf in Wirklichkeit vorrückt, und das halte ich für das Wichtigste, was wir in dieser Beziehung leisten können. Muss man die innere Untersuchung vornehmen, so soll man den Finger nicht vom Damm einführen, sondern nur direct, möglichst unter Leitung des Auges, in die Vagina, während die andere Hand die Vulva auseinanderhält. *Gebhardt* wies nach, dass die Fälle von Tympania uteri — eine



der gefährlichsten Complicationen, die wir bei Entbindungen zu beobachten haben — zurückzuführen sind auf das Bacterium coli commune, von dem ja gar kein Zweifel sein kann, dass es allmälig vom Damm in die Vagina und von der Vagina in den Uterus hineingebracht worden ist. Eigene Untersuchungen, welche ich über die Mikroorganismen des Dammes vornahm, zeigten mir das häufige Vorkommen gerade dieses Keimes in der äusseren Umgebung der Genitalien. Ich darf also wohl deshalb die Untersuchung vom Damm her Ihnen nur widerrathen. Endlich ist es für die Leitung der Geburt von Wichtigkeit, alle Manipulationen beim Austritt des Kindes so einzurichten, dass eine Hand stets desinficirt bleibt, während die andere den Fundus berührt, das Hörrohr aufsetzt, vom Hinterdamm oder Damm palpirt.

IV. Wie wichtig die aseptischen Grundsätze in der Geburtshilfe sind, wird sich besonders in den therapeutischen Principien bei Abnormitäten zeigen, und in dieser Beziehung will ich nur einen Punkt heute herausgreifen, nämlich die Frage der Behandlung der Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Aus einer Zusammenstellung von etwa 50.000 Entbindungen verschiedener Kliniken hat sich mir ergeben, dass die Procentzahl derjenigen Fälle, welche an reiner Atonie des Uterus zu Grunde gegangen sind, nur 0·01, also ausserordentlich gering ist. Nun werden Sie Alle viel häufiger Blutungen nach der Ausstossung des Kindes sehen. Der grösste Theil derselben beruht auf der Placentarlösung nach *Duncan*schem Mechanismus. Die Uteruscontraction löst einen Theil der Placenta ab, in der Wehenpause blutet es aus der Uteruswand, so weit die Placenta gelöst ist, und das Blut, welches bei *Schultze*'schem Mechanismus sich hinter der Placenta ansammelt, fliesst nach aussen. Die Fälle erkennen Sie daran, dass jegliche Blutung steht, sobald und so lange der Uterus sich contrahirt.

Ein zweites Contingent zu den genannten Fällen von Blutungen, welche wir so oft erleben, stellen die Verletzungen am Cervix und der Vagina dar. Dadurch aber, dass man den Nachweis liefert, dass Einrissblutungen auch spontan zum Stillstand kommen können, ist die Ueberzeugung immer grösser geworden, dass die Fälle von Einrissblutungen bei weitem häufiger sind, als wir Alle denken.

Man muss also zuerst bei einer Blutung vor Ausstossung der Placenta mit grösster Schnelligkeit die Unterscheidung treffen, ob *Duncan*scher Mechanismus mit mässiger Atonie oder Einriss vorliegt; im ersteren Falle reibt man, im letzteren Falle näht man. Unterschiedslos stets, wenn es blutet, mit der Hand die Placenta entfernen, kann ich Ihnen nicht mehr rathen, die Hand braucht bei Einrissblutungen nur in die Scheide geführt zu werden. Ja, ich rathe Ihnen, die Naht stets anzulegen, noch bevor die Placenta herausgedrückt wird. Auch aus diesem Grunde ist vielleicht mein Rath, im Moment der Geburt stets eine Hand desinficirt bereit zu halten, nicht unwichtig.

Auf diesem Wege umgehen Sie völlig das Eingehen in den Uterus wegen Blutungen behufs Placentarlösung, und durch die richtige Anwendung des *Credé*'schen Verfahrens zur Herausbeförderung der Placenta werden Sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, nach meiner Meinung stets, die Einführung der Hand auch nach der Geburt der Placenta für überflüssig halten. Es ist etwas Anderes mit den gewiss ausserordentlich seltenen Fällen von übermässig langer Verhaltung der Placenta. Sollte wirklich hier einmal die Placentarlösung nöthig werden,



so kann man sie mit allen Vorsichtsmassregeln, Desinfection der Vulva, Scheide und der Hand in strengster Weise, vornehmen. Dann wird man der Operation die ihr sonst anhaftende Gefahr nehmen. *—r.*

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Fink Karl, k. k. Director. Die Gehörübungen im k. k. Taubstummeninstitute in Wien, nebst methodischer Anleitung. Wien 1894. Im Selbstverlage und in Commission bei Sallmayer's (J. Schellbach's) Buchhandlung, Kärntnerstrasse 80.

Jessner, Dr. S., Königsberg in Preussen. Therapeutische Neuigkeiten auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und Syphilis. Kritische Besprechung. Berlin, Fischer's medicinische Buchhandlung, H. Kornfeld.

Perls, Prof. Dr. M. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie für Aerzte und Studirende. III. Auflage. Herausgegeben von Prof. Dr. Neelsen, k. s. Medicinalrath, Prosector am städt. Krankenhause zu Dresden, Lehrer der patholog. Anatomie bei den militärärztlichen Fortbildungscursen des XII. Armeecorps. Mit 256 in den Text gedruckten Holzschnitten und 29 Abbildungen auf 2 Tafeln in Farbendruck. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Sammlung klinischer Vorträge, begründet von *Richard v. Volkmann.* Neue Folge. Herausgegeben von *Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb* und *Franz v. Winckel.* Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1894.

Nr. 89. *Fischer H.*, Die Eiterungen im subumbilicalen Raume.
Nr. 90. *Akerman G. H.*, Ueber die operative Behandlung der Mikrocephalie.
Nr. 91. *Müllerheim Robert*, Die Symphyseotomie.

Winkelmann, Dr. med. Karl, Specialarzt für Chirurgie in Barmen. Die erste Hilfe bei schweren Verletzungen. Mit vielen Abbildungen. Leipzig, Druck und Verlag von C. G. Naumann, 1894.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.; Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

365. *Ueber Farbenreactionen des Sputums.*

Von C. Zenoni, Turin.

(Centralbl. f. innere Med. 1894. 12.)

Die Thatsache, dass Schleimstoff sich sehr stark durch einige Anilinfarbstoffe färbt, hat *S. Schmidt* mit *Biondi's* Dreifarbenmischung zur Untersuchung des Sputums verwerthet, und zwar auf Grund des Unterschiedes, welcher in Betreff der chemischen Bestandtheile zwischen dem pneumonischen und dem bronchitischen Sputum existirt. Die von *S. Schmidt* vorgeschlagene Methode ist folgende:

Ein erbsengrosses Stück Sputum wird im Reagensglas durch Schütteln mit $2^1/_2{}^0/_0$igem Sublimatalkohol fein vertheilt und nach dem Abgiessen des Alkohols mit verdünnter Farblösung behandelt; nach circa 5 Minuten wird diese abgegossen und durch mehrmaliges Aufgiessen von destillirtem Wasser der überflüssige Farbstoff entfernt. Das schleimige Sputum erscheint grünblau, das pneumonische roth und die Sputumarten gemischt schmutzigviolet. Diese verschiedenen Farbentöne sind auf das Ueberwiegen des Eiweisses oder des Schleimes zurückzuführen, je nachdem das Sputum pneumonisch oder bronchitisch ist. *Posner* hingegen bemerkt, dass ein Einfluss auf die Grundfärbung auch von den rothen Blutkörperchen herrührt. Verf. bestätigt im Allgemeinen die Richtigkeit von *Schmidt's* Methode, doch hat er bemerkt, dass gewisse Farbenabstufungen eher von der verschiedenen Dichtigkeit der niedergeschlagenen Sputumpartikelchen, als von kleinen Unterschieden in der Zusammensetzung derselben abhängen. Auch hält er dafür, dass die makroskopische Reaction der mikroskopischen Untersuchung nicht vorzuziehen ist, da die dem Grundstoffe des Sputums beigemischten Cellularformen einen zu grossen Einfluss ausüben und wichtige Punkte, welche von dem Kliniker in Betracht gezogen werden müssen, die mikroskopische Untersuchung neben der Farbenreaction als unbedingt nöthig erscheinen lassen. Eine Methode, welche beide Vortheile zusammenfasst, ist jedenfalls am zweckmässigsten. Verf. bevorzugt diejenige mit Safranin. *Bizzozero* hat die Aufmerksamkeit auf die diagnostische Wichtigkeit hingelenkt, welche eine concentrirte Safraninlösung für den Schleimstoff haben kann, indem dieselbe die schleimige Masse der Schleimzellen schwefel- oder braungelb färbt, je nach dem Alter derselben,



während der Kern und andere Theile des Zelleninhaltes roth oder rothgelb in verschiedenen Tönen gefärbt bleiben. Diese Metachromasie wurde auch von Anderen festgestellt. Verf. legt demgemäss ein Stückchen Sputum ausgebreitet auf ein Deckglas, lässt es in Alkohol $^1/_4$ Stunde und auch länger gerinnen, worauf er es mit einer halbconcentrirten Safraninwasserlösung färbt. Untersucht man nun das Präparat auf weisser Unterlage, so hat dasselbe, wenn das Sputum vorwiegend schleimig ist, eine gelbe Färbung, während dasselbe roth erscheint bei pneumonischen Erkrankungen. Wie zahlreiche Untersuchungen bestätigen, stehen die beiden verschiedenen Färbungen in Beziehung zum Gehalt an Schleimstoff und an Eiweiss. Die Wirkung des Safranin auf den Schleim entwickelt sich mit der Schnelligkeit einer wirklichen chemischen Verbindung. Die gelbe Färbung kann sich zuweilen nach der ersten Berührung vermindern, um einen röthlich-gelben Ton anzunehmen, und handelt es sich in diesem Falle gewöhnlich um ein Sputum, welches reicher an zelligen Elementen ist, welche sich allmälig fuchsinroth färben. Der theils formlose, theils fadenförmige oder körnige Schleimstoff lässt sich jedoch immer, auch in den kleinsten Spuren, erkennen, welche nicht selten auch im pneumonischen Sputum vorkommen. Wenn der Gehalt an zelligen Elementen oder die Dichtigkeit des Sputums sehr stark ist, geht die Färbung langsamer vor sich.

Von der grössten Wichtigkeit für das richtige Gelingen der Methode ist die Qualität der Zusatzmittel, da nicht alle im Handel vorkommenden Safranine gleich empfindlich sind; die besten Resultate erhielt Verf. mit dem Präparat der Firma Bindschedler & Busch in Basel. Er konnte bei seinen Untersuchungen eine sehr verschiedene Reaction des Safranins beobachten: Mit einigen Proteinstoffen, welche die allgemeine Reaction des Schleimstoffes mit Essigsäure nicht zeigten, erhielt er immer eine gelbe Färbung, welch letztere Reaction des Safranins jedoch nicht wirklich gelb ist, woraus sich schliessen lässt, dass jene schleimerzeugende oder dem Schleime gleichartige Substanzen sind. Es ist eine bekannte Thatsache, dass man unter der Benennung Schleimstoff eine Zusammensetzung verschiedener Substanzen versteht, deren chemische Natur noch nicht genau festgestellt ist und welche aus unter sich verwandten Stoffen — wie Mucin, Metalbumin, Paralbumin, Nucleoalbumin, Chondrin, Synovin — bestehen.

Zu Gunsten der Empfindlichkeit des Safranins erwähnt Verf. noch folgende Thatsachen: 1. Mischt man dem rein pneumonischen etwas bronchitisches Sputum bei, so erhält man in der Mischung deutliche Spuren von gelber Farbe, welche vorher nicht zu sehen waren. 2. Durch längere Behandlung *Leyden*'scher Spiralen zeigte sich eine Verschiedenheit der Färbung an den centralen und äusseren Theilen der Spirale, im Gegensatz zur Annahme *Gerlach's*, dass es sich um eine optische Täuschung handle, zwei Substanzen zu sehen. Verf. gelangt zum Schlusse, dass die Methode mit Safranin zur Differentialdiagnose zwischen dem pneumonischen und den verschiedenen Arten des bronchitischen Sputums zweckmässig ist. Sie ist der *Schmidt*'schen Methode vorzuziehen, weil dieselbe ganz und gar auf der Untersuchung mikroskopischer Präparate beruht und sich die Reaction der Grundstoffe (Albumin, Mucin etc.) deutlich



vollzieht, selbst wenn die Anwesenheit einer grossen Menge von zelligen Elementen (Epithelien oder Leukocyten) eine makroskopische Untersuchung hindert und die Reaction verbirgt. *—r.*

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

366. ***Ein Fall von acuter Magendilatation.*** *Von Dr. J. Boas, Berlin. Demonstration im Vereine f. innere Med. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 8.)*

Ein 22jähriger Gymnasiast, dessen Verdauungsapparat stets normal functionirte, erkrankte nach dem Genusse einer grossen Portion eines fetten Gänsebratens mit Appetitlosigkeit und sauerem Aufstossen. Am dritten Tage traten mässige Diarrhoen auf, dann Erbrechen von flüssigen, sauren Massen. Die Menge des Erbrochenen stieg. Das Erbrechen trat alle zwei Tage gegen Abend ein. Durst und Obstipation, keine vergrösserte Harnmenge, Abmagerung. Vier Wochen nach Beginn der Erkrankung kam der Fall in Behandlung des Verf. Die Untersuchung ergab die Symptome einer Dilatation des Magens. Die grosse Curvatur des Magens sah man bei Aufblähung handbreit unter dem Nabel, starkes Plätschern, keine Druckempfindlichkeit der Magengegend. Bei Einführung der Sonde flossen sofort mehrere hundert Cubikcentimeter einer dünnflüssigen Masse. welcher Reste früherer Mahlzeiten beigemengt waren, ab. Der Mageninhalt enthielt Schwefelwasserstoff, freie Salzsäure in normaler Menge. Im Sedimente desselben Sarcine, Coccen, Hefepilze, Bacterien, Muskelfasern, Fettnadeln u. s. w. Bei nüchternem Magen liess sich mit der Sonde 200—400 Ccm. einer mit Speiseresten vermengten Flüssigkeit auspressen. Magenausspülungen wirkten gut, das Erbrechen und Aufstosseu sistirten, der Appetit wurde reger. Man hat es hier mit einer acuten Dilatation des Magens zu thun, die im Anschlusse an einen schweren Diätfehler dadurch entstanden ist, dass der Mageninhalt längere Zeit stagnirte, wodurch die Magenmusculatur geschädigt wurde. Verf. bezeichnet analog der von *O. Fräntzel* beschriebenen sogenannten acuten Ueberanstrengung des Herzens diese Form der Distension der Magenwand als acute Ueberanstrengung des Magens. Verf. hält die Prognose quoad restitutionem ad integrum nicht für absolut günstig, da häufig Störungen in der motorischen Function des Magens zurückbleiben. Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

367. ***Eine neue Methode zur Untersuchung der Niere, insbesondere auf Steine.*** *Von Dr. Charles P. Noble. (Medical News. Februar 1894.)*

Verf. berichtete beim Congresse der medicinischen Gesellschaft in der Provinz Philadelphia über einen Fall, bei welchem die Niere, das Nierenbecken und etwa ein Zoll des Ureter durch eine Explorativincision in der Lendengegend untersucht werden konnten. Der Fall betraf eine 37jährige Frau, welche innerhalb 6 Jahren drei Anfälle von Hämaturie, renaler Kolik hatte und bei welcher zweimal Steine abgingen. Die paroxysmalen Schmerzen waren mehr rechts, über dem rechten Trochanter, und traten täglich meist

während des Gehens auf. Der Harn wurde öfter untersucht. Das specifische Gewicht desselben zwischen 1013 und 1020, die Reaction sauer. Das Sediment enthielt Eiter, Blasen und Harnleiterepithelien, aber keine Nieren- oder Nierenbeckenepithelien. Der Harn beider Nieren wurde getrennt untersucht. Die pathologischen Elemente betrafen meist die rechte Niere. Der Harn der linken Niere floss durch den Ureterencatheter normal ab. Zweimal wurde rechts der Catheter über 20 Minuten liegen gelassen, nur etwa 2 bis 3 Tropfen Harn flossen ab. Man schloss auf das Vorhandensein eines Steines im rechten Nierenbecken. Da man die Sonde entlang dem Ureter nicht bis zum Nierenbecken bringen konnte, so beschloss man, an der Lendenseite behufs Untersuchung der Niere und des Nierenbeckens eine Incision zu machen. Der Schnitt ging durch das perirenale Fett und führte in die Tiefe zur Niere. Die Niere wurde vom anhängenden Gewebe losgelöst und durch die Wundspalte nach aussen gezogen. Durch Betastung mit den Fingern wurde weder an der Niere, den Nierenbecken, noch an dem oberen Ende des Ureter eine Abnormität oder ein Stein nachgewiesen. Die Niere wurde daher wieder versenkt, die Wunde geschlossen. Der Wundverlauf war normal. Verf. hält diese Methode zur Untersuchung der Niere für einen geübten Chirurgen als ungefährlich und dann zu empfehlen, wenn es sich um Nieren- oder Beckensteine handelt. Bei Nierenabscessen ist diese Methode nicht zu empfehlen, da man eine Ruptur des Eitersackes in die Peritonealhöhle riskiren könnte. Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

368. ***Ueber Glossitis und Mundseuche.*** *Von Dr.* ***Siegel.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 487. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 3.)*

Verf. publicirte schon im Jahre 1891 eine Arbeit: „Die Mundseuche der Menschen (Stomatitis epidemica), deren Identität mit der Maul- und Klauenseuche der Hausthiere und beiden Krankheiten gemeinsamer Erreger.“ Seine damaligen Beobachtungen bezogen sich auf eine Epidemie im Berliner Vororte Britz. Die beobachteten Krankheitsbilder (8—10 Tage dauernde Incubation) bestehen: 1. aus 3—8 Tage dauernder Prodromis mit ziemlich schweren Störungen des Allgemeinbefindens, Schüttelfrösten, Unbehagen, Kreuzschmerzen, Schwindel, Fieber bis zu 39·5; 2. der dann auftretenden Stomatitis mit einem gelblichen bis schwarzen Zungenbelage, starker Schwellung des Zahnfleisches, Lockerung der Zähne, Foetor ex ore, Petechien. Heilung nach 8—14 Tagen, langsame Reconvalescenz. Schwere Complicationen können entweder der Krankheit einen bösartigen Verlauf geben, mitunter kann der Verlauf recht chronisch sein, die Krankheit 1—1½ Jahre dauern. Bei schweren Formen kommt es zu einer mit bedeutender Schwellung einhergehenden Glossitis, zu vehementen, sogar gefährlichen Blutungen aus dem Zahnfleische, zu Pneumonien, Myocarditis, sehr oft zu Leberschwellungen, zu bedenklichen nervösen Störungen. Die directe Contagiosität ist unzweifelhaft. Verf. behauptete schon damals auf Grund seiner Untersuchungen die bacteriologische Identität dieser Krankheit mit der Maul- und Klauenseuche der Hausthiere. In der Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vom 10. Juli 1893 behandelte Verf. im Anschluss an einen



von *Rose* berichteten tödtlichen Fall von Glossitis neuerdings diesen Gegenstand. Ferner hat *Lindner* in einem Saale seiner Kinderstation eine 2 Monate lang dauernde Epidemie einer eigenthümlichen Mundaffection beobachtet, mit auffälligen Ulcerationen an den Lippen, Fieber, Durchfall und Magenstörungen. Sicher war die Affection ansteckend. *Köbner* hebt hervor, dass die vom Verf. beschriebene Epidemie im Gegensatze zu den anderweitig beobachteten, stets benignen Epidemien am Menschen als eine ausnahmsweise schwere anzusehen sei. Verf. gibt nachträglich auf Anregung *Köbner's* den Aufschluss, dass seine Impfungen mit Reinculturen, wenn sie cutan vorgenommen würden, negative, wenn intraperitoneal vorgenommen, positive Ergebnisse (Bläschenaufschwellung am Maule) brachten. Wahrscheinlich erzeugt die Uebertragung durch Milch und Berührung kranker Thiere am Menschen nur leichte, die Ansteckung von schwer erkrankten Menschen aber gewöhnlich schwere Erkrankungen, auch scheint die Ansteckung von Mensch auf Mensch leichter erfolgen zu können, als vom Thier auf den Menschen. Ueber eine kleine Familienepidemie derselben Art berichtet *Skampe;* diese Familie bezog die Milch aus dem Epidemieorte. *Langenbuch* hat eine kleine Reihe von hierher gehörigen Fällen beobachtet und erzählt, dass in einem Falle von schwerer Glossitis, bei dem zur Lebensrettung schon die Tracheotomie erwogen wurde, auf Rath des Generalarztes *Keil* eine grosse Gabe von Tart. emet., und ebenso auch in 3—4 anderen Fällen, Hilfe brachte.

369. ***Das Gummi-Plessimeter.*** *Von Prof. Dr. C. A. Ewald. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 12.)*

Bekanntlich ist das beste Plessimeter dasjenige, welches den geringsten Eigenklang hat. Deshalb sind Metallplessimeter am wenigsten rationell, besser Elfenbein- oder Horn- oder Hartgummiplättchen, am besten die Percussion von Finger auf Finger, wobei „Hammer und Amboss“ ganz gleichartig beschaffen und ohne merkbaren Eigenton sind. Indessen wer viel percutirt, kann nicht immer die Fingerpercussion anwenden, auch ist es zur Controle zweckmässig, sich verschiedener Methoden zu bedienen. Seit Jahren benutzt Verf. als Plessimeter ein Stückchen Radirgummi, wie es in jedem Laden erhältlich ist, ein Plättchen von gewöhnlich 5 Cm. Länge, 4 Cm. Breite und 5 Mm. Dicke. Da die Percussionshammer mit Gummi armirt sind, so schlägt beim Percutiren Gummi auf Gummi, und der Eigenklang des Plessimeters fällt fort, respective ist überhaupt nicht vorhanden. In Folge ihrer Biegsamkeit lässt sich aber die Gummiplatte allen Unebenheiten des Thorax, den Intercostalräumen, den Ober- und Unterschlüsselbeingruben, den Foss. supra- und infraspinat. und ganz besonders dem Claviculus vortrefflich anpassen und das Mittönen von Luft, die zwischen der Platte eines harten Plessimeters und einer Einsenkung der Thoraxoberfläche liegt — ein Umstand, der namentlich Anfängern bei tiefen und schmalen I. C. R. Schwierigkeiten zu machen pflegt. — wird ganz vermieden. Namentlich bewährt sich die Gummiplatte bei der directen Percussion der Schlüsselbeine, — die, nebenbei gesagt, im Allgemeinen viel zu wenig in Gebrauch ist, trotzdem sie namentlich feinere Schallabschwächungen der oberen Lungen-



partien in ausgezeichnet scharfer Weise erkennen lässt —, wobei dann die Platte wie ein Ring um das Schlüsselbein fest gedrückt wird. Nicht zu unterschätzen ist auch der freilich nur nebensächliche Umstand. dass man sich ein Stück Radirgummi jeden Augenblick verschaffen kann und nie in Verlegenheit um ein vergessenes oder liegengelassenes Plessimeter kommt. Der einzige Fall, in dem der Radirgummi im Stich lässt, ist die Erkennung des metallischen Beiklanges über Cavernen, bei Pneumothorax etc. Dieses Klangphänomen ist aber auch durch Fingerpercussion nicht erhältlich, weil dazu ein Plessimeter mit Eigenton erforderlich ist, der über einem unter bestimmter Spannung stehenden lufthaltigen Hohlraum, in dem also auch eine bestimmte Wandspannung besteht, metallisch resonirt. Hier thut aber jede grössere Münze, ein Drei- oder Zweimarkstück, dieselben Dienste.

370. ***Ein geheilter Fall von Meningitis cerebrospinalis acuta.*** *Von Primarius Dr. **Hochhalt**. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 12.)*

Bei dem 16jährigen, bisher gesunden Mädchen traten plötzlich Erbrechen, Fieber und heftige Kopfschmerzen auf. Bald entwickelten sich ausgesprochene Nackenstarre, Schmerzhaftigkeit der ganzen Wirbelsäule, Contractur der Rückenmuskeln, Orthotonus, Pupillendifferenz, dabei war das Sensorium nicht getrübt, Kniereflexe nicht auslösbar, Muskelhyperästhesie. Herpes labialis und Roseolen fehlten. Nach 8 Tagen liessen die Erscheinungen rasch nach und die Temperatur, die bis dahin zwischen 38—39·7° schwankte, wurde normal. Die Untersuchung des Blutes am Höhepunkte der Erkrankung ergab 70% Hämoglobin und im Cubikmillimeter 4,750.000 rothe und 80.000 weisse Blutkörperchen — eine Leukocytose, wie sie nur bei croupöser Pneumonie üblich ist. Hinsichtlich der Therapie hat Verf. die Anwendung von Narcoticis (Chloralhydrat, Morphin) und einer ständigen Eisblase auf Kopf und Wirbelsäule für ausgezeichnet befunden. Nebstdem sind Einpinselungen der Wirbelsäule mit Jodtinctur, späterhin Einreibungen mit grauer Salbe empfehlenswerth. Verf. erwähnt schliesslich, dass, wiewohl von einem epidemischen Auftreten gar keine Rede sein könne, auf dem Gebiete der Hauptstadt sich die sporadischen Fälle mehren.

371. ***Die Congestionen der Leber und ihre Behandlung.*** *Von Dr. **Dujardin-Beaumetz**. Bull. méd. 1892. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 23.)*

Die klinischen Hauptsymptome der Lebercongestion sind: 1. Volumsvergrösserung des Organs. 2. Adhäsionen. 3. Auftreten von Urobilin im Harn. 4. Remittirendes und intermittirendes Fieber. Um die Leber genau palpiren zu können, hat *Glénard* folgendes Verfahren vorgeschlagen: Die linke Hand umgreift das rechte Hypochondrium und die rechte Seite derart, dass der Daumen an die Vorder-, die übrigen Finger an der Hinterseite zu liegen kommen und die Leber dem Daumen entgegendrängen. Die Adhäsionen machen sich durch schmerzhafte Empfindungen bei starker Inspiration und sonstigen forcirten Bewegungen, auch spontan bemerkbar. Zu den erwähnten Symptomen treten eine Reihe von secundären Erscheinungen: Stauungen (Milztumor, Hämorrhoiden etc.),



schlechte Ernährung, Abmagerung. Was die Aetiologie der Lebercongestion betrifft, so sind zu unterscheiden: 1. Congestionen gastrointestinalen Ursprungs. Dieselben sind weitaus die häufigsten, sie entstehen meist durch zu grosse Aufnahme von Speisen und Getränken, namentlich Alkohol, und treffen Leute, die hastig essen und schlecht kauen. Ferner gehören in diese Gruppe die Erkrankungen nach Aufnahme von Blei, Phosphor, Arsen etc. Die Congestionen durch Aufnahme von Toxinen aus dem Darmcanal gehören theils in dieselbe Gruppe, insoferne es sich um Bildung von Toxinen bei schlechter Verdauung oder aus verdorbener Nahrung handelt, theils in die 2. Gruppe der Congestionen auf infectiöser Basis (Typhus, Dysenterie). Die 3. Gruppe umfasst die Congestionen in Folge von Diathese. Die Berechtigung dieser Gruppe erscheint zweifelhaft. In die 4., sehr wichtige Gruppe endlich gehören die Congestionen auf mechanischer Basis in Folge von Herzfehlern. Was die Therapie betrifft, so unterscheidet Verf. scharf zwischen der Behandlung der activen (Gruppe 1—3) und der passiven (4) Congestionen. Für die ersteren kommen in Betracht: 1. Revulsiva: kühle Douchen, Vesicantien, Schröpfköpfe; der ganze Apparat der Hydrotherapie kann je nach der Individualität der Kranken in Thätigkeit treten. 2. Antiseptica: dieselben sollen die verlorengegangene fäulnisswidrige Kraft der intacten Zellen ersetzen. Verf. gibt Salol, Bismuth. salicyl., Natr. bicarbon. aa 10·0, auf 30 Dosen vertheilt, falls Diarrhöe besteht. Ist Verstopfung vorhanden, so ersetzt er das Bismuth. salicyl. durch die gleiche Menge Benzonaphthol. Empfehlenswerth sind ferner Clystiere von 0·2 Grm. Naphthol auf 1 Liter Wasser. Vom Calomel hat Verf. keinen Nutzen gesehen. Die Diätfrage behandelt er sehr kurz. Er empfiehlt im Allgemeinen Pflanzenkost, Fleisch, besser durchgebraten als blutig, als Getränk Milch oder leichten Wein mit Wasser. Was die Behandlung der passiven, das heisst durch Störungen seitens des Herzens hervorgerufenen Congestion betrifft, so empfiehlt Verf. die Tinct. Strophant. (französ., stärker als unsere), zu 5 Tropfen mehrmals täglich, das Coffein, ganz besonders aber das Digitalin. Er verwendet ausschliesslich das französische, in Chloroform lösliche Präparat, welches das deutsche angeblich um das Zehnfache übertreffen soll, in mehrmaligen Tagesgaben von je 1 Mgrm.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

372. ***Vergiftungserscheinungen nach dem Genusse von Seidlitzpulver.*** *Von Dr. J. S. Triplett von Harrisonville. (Med. News. 1893. Nov.)*

Verf. sah während einer kurzen Zeit drei Fälle, wo nach Gebrauch von Seidlitzpulver Vergiftungserscheinungen auftraten. Der erste Fall betraf einen Arzt, der nach Malariaanfällen genesend war. Er erkrankte nach Gebrauch eines Seidlitzpulvers unter heftigem Erbrechen, Würgen und folgender Hinfälligkeit, die ein schlimmes Ende befürchten liess. Der Arzt erholte sich langsam, aber vollkommen. Man dachte an keinen Zusammenhang mit dem



gebrauchten Pulver. Zwei Tage später sah Verf. ähnliche Symptome bei einem 30jährigen Manne. Starkes Erbrechen, Würgen, Brechreiz, Herzschwäche, Wadenkrämpfe, schwache Stimme, feuchte Haut wiesen auf eine Vergiftung hin. Der Mann fühlte sich am Tage etwas unwohl und nahm deshalb ein Seidlitzpulver, um Stuhl zu erzeugen. Der dritte Fall ereignete sich im Hause des oben erwähnten, gleichfalls erkrankten Arztes. Ein junger Mann erkrankte 10 Minuten nach Gebrauch eines Seidlitzpulvers unter heftigem Erbrechen und Würgen, Magenkrämpfen und Brennen im Oesophagus; allgemeine Depression war, wie in den anderen Fällen, vorherrschend. Verf. dachte an eine Arsenikvergiftung, da das Pulver in blaues Papier eingeschlagen war und dieses häufig arsenhältig zu sein pflegt. Ein Pulver wurde aus dem blauen Papier entnommen, in 4 Unzen Wasser aufgelöst und im *Marsh*'schen Apparat auf Arsen geprüft. Es fiel ein orangefarbiger Niederschlag von $Sb_2 S_3$ Antimonsulfid aus. Aller Wahrscheinlichkeit nach geschah ein Irrthum bei Zusammensetzung des Pulvers. indem anstatt Kali - Natrontartaricum Kaliumstibiotartaricum gebraucht wurde. Die stürmischen Symptome bei den drei Personen lassen sich durch den Gebrauch einer zu grossen Menge von Antimon erklären. Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

373. ***Zur Behandlung varicöser Geschwüre durch Massage.*** *Von **Erdinger**. (Semaine méd. 1893. 69. —Allg. med. Central-Ztg. 1894. 9.)*

Bei Unterschenkel-Geschwüren ist Massage bereits häufig angewandt worden, indessen figurirt sie meist als unterstützende Behandlungsweise neben Verbänden und localen, mehr oder weniger complicirten Eingriffen. Nach den Untersuchungen des Verf.'s kann die Massage, wenn sie nur systematisch angewandt wird, eine schnelle Heilung varicöser, selbst seit langer Zeit bestehender Geschwüre herbeiführen, ohne dass sonstige locale Eingriffe, abgesehen von einem gewöhnlichen feuchten Borwasser-Verband, zur Verwendung gelangen. Verf. verfährt folgendermassen: Bei der ersten Besichtigung des Patienten wird mit Hilfe von Seife und verschiedenen antiseptischen Flüssigkeiten, besonders Sublimat, die Geschwürsfläche gereinigt. Hierauf behandelt man den Unterschenkel mit leichten Streichungen; letztere sollen nicht mit der ganzen Hand, sondern nur mit der mit Borvaseline angefeuchteten Fingerkuppe ausgeführt werden. Diese Manipulation gestattet den Druck besser abzumessen und hat, wie es scheint, eine sedative Wirkung auf die nervösen Endorgane. Man beginnt die Massage an der unteren Partie des Unterschenkels und der Geschwüre, hierauf nähert man sich denselben successive, indem man überall Streichungen von unten nach oben in centripetaler Richtung ausführt. Diese Manipulationen sollen an Intensität möglichst wechseln, ihre Dauer richtet sich nach dem Verhalten der Haut in der Umgebung des Geschwüres. Im Bereiche der Geschwürsränder werden diese Streichungen in derselben Weise ausgeführt. Man beginnt am oberen Rande des Geschwüres, hierauf werden die unterhalb des Geschwüres belegenen Abschnitte der Unterschenkel-Oberfläche in ähnlicher Weise massirt. Die Dauer einer jeden Sitzung beträgt 10—15 Minuten; zuerst wird täglich je eine Sitzung abgehalten,



später im Verhältnisse zur Besserung und Vernarbung der Wunde können die Intervalle zwischen den Sitzungen grösser werden. Nach Verlauf einiger Sitzungen (2—6) verschwinden die Schmerzen vollkommen; hierauf merkt man allmälig auch einen Nachlass der Reizung, endlich beobachtet man ein schnelleres Vortreten der Vernarbung, selbst vollständige Heilung wurde in den von Verf. beobachteten Fällen innerhalb 13 Tagen bis 2 Monaten je nach der Ausdehnung des Geschwüres constatirt. Mehrere Kranke brauchten ihre Beschäftigung während der ganzen Dauer der Behandlung nicht aufzugeben. Verf. schliesst aus seinen Beobachtungen Folgendes: 1. Die Massage ist eine rationelle Behandlungsweise variköser Geschwüre. 2. Sie unterdrückt schnell den Schmerz und die Sensibilitätsstörung der Haut um das Geschwür herum. 3. Sie führt schneller zur Heilung als alle anderen Behandlungsmethoden. 4. Sie gestattet dem Patienten das Beibehalten seiner gewöhnlichen Beschäftigung, ohne dass dadurch die Schnelligkeit der Behandlung Schaden erleidet.

374. ***Ueber medicamentöse Bäder.*** *Von Dr. Gilbert, Baden. (Württemb. med. Correspondenzbl. 1893.)*

Wenn auch die medicamentösen Bäder nicht auf die gleiche Stufe mit den natürlichen zu stellen sind, können sie doch von grossem Nutzen für solche Patienten sein, welche nicht in der Lage sind, in ein für ihr Leiden indicirtes Bad zu reisen. 1. Aromatische Bäder (Kräuterbäder), d. h. Wasserbäder, denen Aufgüsse von aromatischen Kräutern zugesetzt werden; waren früher sehr beliebt, werden jetzt manchmal an Stelle der Fichtennadelbäder gebraucht. 2. Senfbäder. Früher bei Cholera angewandt, scheinen nach *Monti's* Erfahrung eher eine ungünstige als günstige Wirkung zu haben. Jetzt werden dieselben ausschliesslich als Hand-, Arm-, Fuss- und Unterschenkelbad gebraucht, um ableitend zu wirken, bei Congestionen und entzündlichen Zuständen innerer Organe und bei Rheumatismus. 3. Zu den Fichtennadelbädern, richtiger Kiefernadelbädern, werden Theile und Präparate verschiedener Tannenarten gebraucht. Diese Bäder werden meistens zu einer Temperatur von 27·5°—35° C. gegeben, Dauer $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde. Alle die Krankheiten werden von den Fichtennadelbädern günstig beeinflusst, in welchen eine vermehrte Blutzufuhr zur Haut und zu den unmittelbar unter ihr liegenden Organen, zu den Muskeln, angezeigt ist. Ueberfüllung anderer Organe mit Blut, anämische Beschaffenheit der Hautdecken und damit verbundene allzugrosse Empfindlichkeit, allgemeine Anämie und Scrophulose sind die hierher gehörigen Krankheitsformen. 4. In gleicher Weise wirken Fichtennadel-Dampfbäder. 5. Soolbäder werden mit einem Salzgehalt von 2—3% durch Zusatz von 20—30 Grm. auf den Liter des Badewassers, also von 6—9 Kgrm. Koch- oder Seesalz für den Erwachsenen oder auch durch eine Verbindung von 2—5 Kgrm. Koch- oder Seesalz mit 2 Kgrm. Mutterlaugensalz oder 3—5 Liter Mutterlauge hergestellt. Am billigsten stellt sich die Benützung des Stassfurter Badesalzes, das Verf. schon jahrelang mit gutem Erfolge verwendet. Besonders wirksam sind die Soolbäder gegen Scrophulose, Rhachitis, Anschwellungen der Lymphdrüsen, chronische Exsudate und die Entzündungsresiduen der verschiedensten Art, auch gegen Hautschwäche,



chronische Eczeme, rheumatische Zustande, Gicht, Neurosen, gegen gewisse anämische Zustände, besonders wenn sie mit Scrophulose einhergehen. 6. Schwefelbäder für diejenigen, die nicht in der Lage sind, natürliche Schwefelbäder zu besuchen. Die Bereitung ist folgende: Natr. subsulf. 50·0—150·0 wird unter Zusatz von 30·0—60·0 Grm. Essig im Badewasser in hölzernen Wannen aufgelöst. Bezweckt man eine stärkere Entwicklung von Schwefelwasserstoff, so nimmt man Kalium sulfuratum ad balneum 50·0 bis 150·0, oder von denselben Substanzen 30·0—60·0 und dazu Acid. sulfuricum crudum 15·0—30·0 Grm. oder Calcium sulfuratum 100·0—120·0 und gleiche Theile roher Salzsäure. Die Indication der künstlichen Schwefelbäder ist dieselbe wie bei den natürlichen. 7. Sublimatbäder werden bereitet, indem man Hydrarg. bichlor. corr. 2·5—10·0 in 50·0—200·0 Aq. auflöst und diese Lösung dem Bade zusetzt. In früheren Zeiten wurden diese Bäder als ausschliessliches Mittel bei syphilitischen Erkrankungen angewandt; sie können aber wegen der Unsicherheit und Unbedeutendheit der Wirkung nicht als Hauptmittel, sondern höchstens nur als Unterstützungsmittel betrachtet werden. 8. Jodbäder werden so hergestellt, dass man bei Vermeidung von Zink- und Kupferwannen zu einem Vollbad 10·0—15·0 Jod und 20·0—30·0 Kali jodati in Wasser auflöst und dem Bade zusetzt, welches der Joddämpfe wegen zugedeckt werden muss. Diese künstlichen Bäder werden nur äusserst selten angewandt. Ihre Hauptindicationen sind wie bei den natürlichen Jodbädern. In neuester Zeit wurde durch Untersuchungen des Urins vor und nach dem Jodbade festgestellt, dass, während Jod, im gewöhnlichen Wasserbade gegeben, in den Körper nicht aufgenommen wird, der Körper dasselbe in bedeutender Menge resorbirt, wenn das Jodbad als faradisches Bad gegeben wird. Man sucht dieses Ergebniss damit zu begründen, dass der elektrische Strom die Poren der Haut öffnet und dieselben so durchlässiger macht. 9. Kohlensäurebäder. Dieselben werden entweder auf die Weise dargestellt, dass das Badewasser mit Kohlensäure unter einem gewissen Druck durchsetzt wird oder dass in dem Wasser circa 200 Grm. kohlensaures Natron aufgelöst und beim Einsteigen dieselbe Quantität roher Salzsäure unter Umrühren zugesetzt wird. Die Indication reiner Kohlensäurebäder ist gegeben bei verschiedenen Nervenkrankheiten, namentlich aber bei tabischen und anderen Rückenmarkserkrankungen und bei Herzleiden.

375. ***Die Behandlung der Lungentuberculose bei Kindern mit Guajakol-Jodoforminjectionen.*** *Von Laplanche. (Rev. obstetr. gynéc. 1893. 10. — Der Frauenarzt. 1894. 1.)*

Verf. behandelte Kinder, die von Tuberculose im zweiten und dritten Grade befallen waren und bei denen diese Krankheit einen torpiden Charakter besass. Die Erfolge sind im Allgemeinen befriedigend und bestätigen die von anderer Seite gemachten Angaben über die günstige Wirkung von Gujakol und Creosot. Guajakol ist thatsächlich im Creosot im Verhältniss von 90 : 100 enthalten. Verf. bediente sich bei seinem Vorgehen der folgenden Formel:

Rp. *Guajacol.* *0·05*
Jodoformi *0·01*
Ol. amygd. amar. sterilis. *1·00.*



Die subcutanen Injectionen wurden mit einer 5 Ccm. haltenden *Roux*'schen Spritze ausgeführt. Die Spritze wurde mit kochendem Wasser sterilisirt. Die aus Irido-Platin bestehenden Nadeln wurden vor jedem Einstich in Alkohol getaucht und über eine Flamme gehalten. Die Einstichstelle reinigte man vorher zunächst mit Seife und sodann mit einer 1°/₀₀igen Sublimatlösung im Umfange eines Quadratcentimeters, woselbst die Injection erfolgen sollte. An jeden Einstich schloss sich wieder eine Sublimatabwaschung. Im Allgemeinen wählte man zur Ausführung dieser Injectionen die Glutäalgegend, die für die Kinder am wenigsten schmerzhaft ist. Die Nadel wurde mit einem Ruck und ziemlich tief eingeführt; wenn man sich versichert hatte, dass keine Vene getroffen war, so wurde die Einspritzung ganz langsam bewirkt. Nach jeder Injection wurde eine ziemlich lang anhaltende Massage ausgeführt, um die Resorption der Flüssigkeit zu befördern. Niemals wurden unangenehme Zufälle beobachtet. Die Einspritzungen fanden täglich statt und begannen mit 10—20 Cgrm., die sich allmälig bis zu einer Tagesdosis von 1 Grm. steigerten. Bei solchem Verfahren war man zuerst über die rapide Hebung des Allgemeinbefindens überrascht, und zwar bei allen Kranken. Das Fieber nahm mehr und mehr ab, bis zum völligen Verschwinden. Der Auswurf ging leichter vor sich; das Körpergewicht nahm unausgesetzt zu.

376. ***Ueber den Einfluss heisser Bäder auf den menschlichen Organismus.*** *Von Dr. R. Topp. Aus der med. Poliklinik des Prof. v. Mering zu Halle. (Therap. Monatsh. 1894. Februar.)*

Verf. schildert Selbstversuche, die er ausführte. Er befand sich zu Beginn der Versuche jedesmal im Stickstoffgleichgewichte. Die heissen Bäder hatten eine Wassertemperatur von 43—41° C., rasch fand eine Steigerung der Eigentemperatur des Körpers und der Pulsfrequenz statt. Das Bad von 43° C. musste nach 15 Minuten wegen Schwindelgefühl unterbrochen werden; in Bädern, deren höchste Temperatur 41° C. war, blieb er 45 Minuten im Wasser. In allen Fällen starkes Kältegefühl sofort nach Verlassen des Bades. Die Untersuchung des Stoffwechsels ergab dabei in Folge der Einwirkung der heissen Bäder eine Steigerung der Stickstoffausscheidung im Harne. Die Versuchsergebnisse des Verf.'s bestätigen im grossen Ganzen die Versuche *Schleich's* und *Naunyn's* gegenüber denen von *Koch* und *Baelz.* Letzterer betont namentlich die vorzügliche Wirkung solch heisser Bäder nach anstrengender Muskelarbeit. Was die therapeutischen Indicationen der heissen Wasserbäder angeht, so kommen sie vor Allem da in Frage, wo entweder eine Steigerung des Gesammtstoffwechsels oder eine ableitende und schweisstreibende Wirkung gewünscht wird, so bei Capillarbronchitis und Lobulärpneumonie. Hier sind heisse Bäder (3—4 täglich von 40—42° C.) nach *Baelz* fast als Specifica anzusehen. Günstig ist ihre Wirkung bei Rheumatismus, Nephritis, Exsudaten verschiedenster Art, sowie beim Beginn der Menstruation, wenn dieselbe mit Uteruskoliken verbunden ist. Contraindicirt sind sie bei Herzschwäche und da, wo Congestionen nach inneren Organen gefährlich werden können. Atheromatöse und an Angina pectoris Leidende oder mit Klappenfehlern behaftete Personen sollen in der Anwendung heisser Bäder äusserst vorsichtig sein.



Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

377. ***Experimentelle Beiträge zur Lehre der Wanderung des Eies vom Ovulum zur Tube.*** *Von A. Lode in Wien. (Arch. f. Gyn. Bd. XLV, Heft 2, pag. 291.)*

Bekannt ist es, dass die Frage, in welcher Weise das Ovulum aus dem Ovarium in die Tuba gelangt, noch immer nicht gelöst ist, und ebenso, dass Experimente, die angestellt wurden, ob eine flimmernde Schleimhautfläche ein Säugethierei in Bewegung zu setzen im Stande sei, ein negatives Resultat ergab. Verf. kam der Lösung dieser Frage insoferne sehr nahe oder löste sie vielleicht gar durch seine Experimente, die ihm gelangen. Er nahm Ascariden-Eier, suspendirte diese in Wasser und injicirte diese Flüssigkeit lebenden Kaninchen in die Abdominalhöhle. Er machte drei Versuche und tödtete die Thiere nach 36 Stunden, 10 Stunden und 7 Tagen. In allen Fällen fand er die Eier in den Tuben, und zwar in grossen Mengen. Bei dem dritten Versuchsthiere fand er ein Ovum sogar im Uterus. In der Bauchhöhle traf er nie Eier an. Ascariden-Eier haben nun allerdings blos einen Durchmesser von 0·06—0·07, während Kanincheneier einen solchen von 0 12 besitzen. Er meint, dass aber dieser Fehler dadurch ausgeglichen worden sei, dass öfter mehrere Ascariden-Eier (selbst bis 8) zusammengebacken waren und dann ein grösseres Conglomerat bildeten. das mindestens ebenso gross war wie das Kaninchenei. Bei jugendlichen Thieren misslangen ihm die Versuche, weil diese noch kein Tubenflimmerepithel besitzen, *Kleinwächter.*

378. ***Die Walcher'sche Hängelage und ihre praktische Verwerthung bei geburtshilflichen Operationen.*** *Von J. Wehle, Assistent der Leopold'schen Klinik in Dresden. (Arch. f. Gyn. Bd. XLV, Heft 2, pag. 323.)*

Vor wenigen Jahren machte Verf. die Entdeckung, dass die Conjugata keine constante Grösse sei, sondern sich durch die Körperhaltung des Weibes verändern kann. Lässt man die Frau die „Hängelage" einnehmen, das heisst bei Rückenlage auf dem Untersuchungstische die Beine möglichst weit nach abwärts hängen, so verlängert sich die Conjugata, während sie sich wieder verkürzt, wenn die Frau die Steissrückenlage mit stark an den Leib angezogenen Knien annimmt. Es beruht dies darauf, dass sich die Hüftbeine am Kreuzbeine drehen, wobei das Promontorium nach oben und hinten (respective unten und vorne) tritt. Die Conjugata verlängert sich bis um 1 Cm. und noch mehr. Bei Nichtschwangeren ist die Verlängerung der Conjugata keine so bedeutende, weil bei diesen bekanntlich das Becken nicht aufgelockert ist. Diese wichtige Entdeckung Verf.'s fand bisher kaum Beachtung. Auf der Dresdener Klinik liess man in 25 Fällen von bedeutenderer Beckenenge die Kreissenden die Hängelage einnehmen, und zeigte es sich thatsächlich, dass die Geburten rascher und leichter verliefen und mehr lebende Früchte geboren wurden als bei dem alten Regime. Auch die nothwendig gewordenen Operationen (Wendung, Extraction u. dergl. m.) liessen sich leichter ausführen und ergaben für Mütter und Früchte wesentlich bessere Resultate als früher. Es

empfiehlt sich daher, dies in der Praxis bei engerem Becken nachzuahmen. *Kleinwächter.*

379. ***Die Unterbindung der Vasa uterina bei Myom.*** *Von Prof. Küstner. (Centralbl. f. Gyn. 1893. 33. — Der Frauenarzt. 1894. 1.)*

In einer zwar erst kleinen Zahl von Fällen, die aber zu den günstigsten Heilungsresultaten führten, erzielte Verf. durch Unterbindung der Vasa uterina bei Myomen und chronischer Metritis Schwund des Tumors, respective Rückgang der metritischen Hypertrophie und der durch sie bedingten Blutungen. Verf. durchschnitt das Scheidengewölbe und legte die Blutgefässe frei, unterband sie und schloss sodann die Wunde. Gewiss verdient dies Verfahren wegen seiner relativen Ungefährlichkeit gegenüber den anderen operativen Eingriffen ernste Beachtung und vielleicht für manche Fälle Nachahmung, es legt aber andererseits durch die Art und Weise der dadurch zu erzielenden Wirkung klar, wieso auf dem von *Freudenberg* empfohlenen Wege, die Verkleinerung der Myome durch methodische Massage des Uterus und gleichzeitige ableitende Gymnastik anzustreben, ein Erfolg zu Stande kommt, der, wenn auch langsamer zu erreichen, dafür der Patientin alle, auch selbst mit einer kleinen Operation stets verbundenen Gefahren und Aufregungen erspart.

380. ***Ein Fall von selbsteingeleitetem Abort.*** *Von A. Gonner. (Centralbl. f. Gyn. 1894. 3. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 13.)*

Eine 37jährige Frau hat viermal normal geboren und drei künstlich provocirte Aborti durchgemacht. Da sie sich schwanger glaubt, führt sie sich in hockender Stellung einen elastischen Catheter ein. Sie spürt Schmerz — wie sie glaubt im Cervix — stösst den Mandrin vor. Beim Zurückziehen kehrt der Catheter nicht mit. Erbrechen, Fieber, mässige Blutung. 5 Tage später septische Peritonitis nachweisbar. Normaler Abort am 6. Tage; heftiger Schmerz bei der Defäcation. Heilung. Der Catheter geht per rectum (oder per vaginam?) mit Schleim bedeckt ab. Wo also der Catheter gesteckt hat, war nicht zu ermitteln. Lag er im Uterus, so ist es auffallend, dass er mit dem Abort nicht abgegangen ist. Fieber und Peritonitis sprechen für eine penetrirende Wunde der Gebärmutter.

381. ***Ueber einen Fall von Zerreissung der Arteria und des Nervus mandibularis in Folge einer Zahnextraction.*** *Von Dr. Röse. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 44. — Centralbl. f. Chir. 1894. 9.)*

Heftige Blutungen nach Zahnextractionen werden entweder bedingt durch Blutkrankheiten oder durch Zerreissung einer Arterie. In letzterer Hinsicht kommen besonders die oft recht starken Interalveolararterien in Betracht, die an der Stelle ihres Austrittes vom Knochen in die Schleimhaut, wobei das Blut am Rande der leeren Alveole unter dem Zahnfleisch hervorströmt, oder im unteren Theile ihres Verlaufs innerhalb des zersprengten Knochens zerreissen können. Verletzung der Art. mandibularis, vielleicht bei abnormem Verlauf des Canalis inframaxillaris, sind bisher mit Sicherheit nicht festgestellt worden, während bereits mehrere Fälle



von Zerreissung des Unterkiefernerven vorliegen. Von Interesse ist der Fall Verf.'s, indem hier bei der sehr schwierigen Extraction des linken Weisheitszahns unter krachendem Geräusch Art. und Nerv. mandibularis, die durch ein ovales Loch in der Wurzelspitze hindurchtraten, zerrissen wurden und eine colossale, erst durch Jodoformgazetamponade und unter Anwendung eines Korkkeils stehende Blutung, sowie an der linken Unterkiefergegend vollständige Anästhesie erfolgte, welche sich allmälig wieder zurückbildete. Der aussergewöhnliche Gefässcanal, dessen Entstehung an der Hand der Entwicklungsgeschichte vom Verf. erläutert wird, durchbohrte die Spitze der vorderen Wurzel 1$^3/_4$ Mm. oberhalb vom unteren Ende derselben, war 3 Mm. lang und fast 2 Mm. breit und verlief von vorn nach hinten.

382. ***Ueber Compressionsbrüche des Fersenbeins.*** *Von Dr.* ***Ferdinand Bähr****, Karlsruhe. (Volkmann's Samml. klin. Vortr. — Monatschrift f. Unfallshk. 1893.)*

Fersenbeinbrüche sind bisher selten zur Kenntniss gekommen, weil sie mit Ausnahme der Rissfractur des Tuber calcanei im Allgemeinen wenig Dislocation zeigen. Auch jetzt, nachdem seit dem Bestehen des Unfallversicherungsgesetzes die zurückbleibenden, meist nicht unbeträchtlichen Functionsstörungen eine grössere Bedeutung erlangt haben, scheinen die genannten Verletzungen noch häufig für Contusionen und Distorsionen gehalten zu werden. Die Ursache der Brüche war, bis auf einen Fall von Quetschung des rechten Fusses durch einen Kessel, in den übrigen 13, vom Verf. beobachteten, zweifellosen, auf Grund einer ausgesprochenen Veränderung des Fersenbeins diagnosticirten Fällen stets Sturz oder Sprung von einer mehrere Meter betragenden Höhe auf die Ferse. Wenn von den selten vorkommenden, isolirten Fracturen des Sustentaculum tali oder des *Bidder*'schen Proc. inframalleolaris abgesehen wird, können die eigentlichen Calcaneusfracturen je nach der Stellung, in welcher, und der Stelle, an welcher der Fuss den Boden erreicht, verschiedene Varietäten zeigen. Die Gewalt wird jeweils auf den Theil des Fersenbeins am stärksten wirken, welcher sich der Schwerlinie im Moment des Auftreffens am nächsten findet. Wenn auch die traumatische Plattfussbildung hinterher am häufigsten resultirt, kann sie auch fehlen, ja es kann geradezu Klumpfussbildung eintreten. Die Abplattung des Fussgewölbes ist am augenfälligsten bei Brüchen des Calcaneus in der Mitte. Bei im vorderen Theile stattgehabten Brüchen kann wieder mehr die innere, nach dem Talo-calcaneo-navicular-Gelenk zu belegene Partie betroffen sein, oder die Bruchstelle liegt mehr nach aussen und vorn, unter dem äusseren Knöchel, „dem classischen Punkte der Tarsalgie“. Hierbei hält es Verf. für wahrscheinlich, dass der an dieser Stelle dünne (niedrige) vordere Theil des Processus calcaneus tali bei dem Compressionsbruch mit verletzt ist. Nach beiden genannten Arten der Vorderbrüche des Fersenbeines gehen später die Kranken meist auf der Ferse, um die schmerzhafte Abwicklung des Fusses zu vermeiden, bei der die Schwerlinie durch die Bruchstelle gehen müsste. Bei Hinterbrüchen des Fersenbeines gehen umgekehrt die Verletzten gern auf den Fussspitzen, um die Bruchstelle nicht zu belasten. Die von früheren

Forschern, ***Malgaigne, Hüter*** u. A. als constant bezeichneten Symptome der Abplattung des Fusses, Zusammensinken des Fussgewölbes, Annäherung der Knöchelspitzen an die Fusssohle, ja sogar der Verbreiterung des Fersenbeins kennzeichnen nach Verf. nur den Fersenbeinbruch mit ausgedehnter Splitterung und können im Einzelnen fehlen. Als constante Symptome, welche für alle Fälle zutreffen, nennt Verf. die immer deutlich unterhalb des Fussgelenkes zu findende Schwellung, die Druckempfindlichkeit des Fersenbeins, die Steifigkeit des Talo-calcaneo-navicular-Gelenkes, daher Pro- und Supination, Ab- und Adduction nahezu ausgeschlossen sind, während das Talo-crural-Gelenk relativ unbehelligt bleibt, ferner die meist nach unten und vor dem äusseren Knöchel beim Gehen auftretende Schmerzhaftigkeit und endlich die langsame Wiederherstellung. Die Therapie hat unter dem Gesichtspunkt, dass feste knöcherne Vereinigung umso sicherer erfolgt, je länger die Belastung des Fersenbeins unterbleibt, stattzufinden. Demgemäss soll der Gypsverband lange liegen, dann mechanische Behandlung eintreten und das Aufstehen erst nach 45 bis 60 Tagen erfolgen. Die Schmerzen beim Gehen haben nicht immer in der Plattfussstellung, die ja manchmal fehlt, ihren Grund, sondern in der Belastung eines difformen oder noch nicht völlig consolidirten Bruches. Das lange Liegen des fixirenden Verbandes ist um so unbedenklicher, als erfahrungsgemäss das Talo-crural-Gelenk wenig leidet und die Versteifung des Talo-calcaneo-navicular-Gelenks doch nicht zu vermeiden ist. Die Prognose ist insofern nicht so besonders günstig, als häufig ausser der Schmerzhaftigkeit die Functionsstörung eine dauernde ist. Dies ist bei der Rentenfestsetzung unter Berücksichtigung der Beschäftigung des Verletzten im Auge zu behalten.

383. ***Ein Beitrag zur Behandlung der Diphtheritis.*** *Von Dr.* ***Béla Báthory.*** *(Orvosi Hetilap. 1893. 53. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 10.)*

Angeregt durch die günstigen Heilresultate *Ströll's*, der mit einmaliger Darreichung einer 2°/₀igen Tct. Myrrhae-Lösung 20 Diphtheritisfälle heilte, versuchte auch Verf. dieses Mittel bei 34 Fällen, und war er mit dem Heilerfolge derart zufrieden, dass er dasselbe behufs Approbirung den Collegen empfiehlt. Je nach der Schwere des Falles und dem Alter des Patienten reicht man das Mittel continuirlich $^1/_2$- bis 1—2stündlich, und zwar bei Kindern unter 2 Jahren 1 Kaffeelöffel, bei 3—15jährigen 1 Kinderlöffel, vom 16. Jahre aufwärts 1 Esslöffel. (Rp.: *Tct. Myrrhae 4·0, Glycerin 8·0, Aqu. dest. 200·0).* Die locale Behandlung kann unterbleiben, oder wenn man sie gerade anwenden will, so ordinire man eine Chloroformlösung (2:400). Die gewonnenen Erfahrungen lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen: 1. Das Mittel ward ohne jegliche schädliche Nebenwirkung gebraucht. Die Behandlung dauerte 3—10 Tage lang. 2. Schon nach eintägigem Gebrauche fiel es auf, dass sich die Belege abstiessen, das Befinden besserte sich, der Appetit nahm zu. Nach 3—4 Tagen vermochte man an der reinen Rachenschleimhaut hier und da weizenkorngrosse, oberflächliche, reine Defecte wahrzunehmen. 3. Diese Behandlung erheischt (wenn nur nicht Complicationen auftreten) keine täglichen

Krankenbesuche. Für den Landarzt, der oft mehrere Gemeinden besuchen muss, ist dieser Umstand von unschätzbarem Werthe. 4. Das Mortalitätsprocent beträgt bei dieser Behandlungsweise etwas über 15%. Da an den angeführten 34 Fällen auch schwerere participiren, so schreibt Verf. das günstige Resultat entschieden dem Mittel zu. Die günstige Wirkung des Mittels führte Verf. darauf zurück, dass die Tct. Myrrhae die in den diphtheritischen Theilen sich bildenden und in's Blut übergehenden Toxine Ptomaine unschädlich macht.

Ophthalmologie, Laryngologie und Otiatrik.

384. ***Ueber Behandlung der Hornhautgeschwüre.*** *Von Dr.* ***E. Jaesche.*** *Vortrag am V. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 9.)*

Verf. tritt warm für die Behandlung der Hornhautgeschwüre und auch der Hornhautinfiltrationen mit dem Cauterium actuale ein; letztere wurden durch das Cauterium actuale erst in ein offenes Geschwür verwandelt. Der bequemste Apparat zu diesem Zwecke sei der Galvanocauter, doch sei dieser nicht allen Aerzten zugänglich. Verf. habe für solche Fälle einen kleinen Apparat construirt, der in fast allen Fällen den Galvanocauter vollkommen ersetzen könne. Man biege einen Platindraht, der wenigstens den Durchmesser eines halben Millimeter haben müsse, derart zusammen, dass eine Doppelschlinge von 2—3 Mm. Durchmesser entstehe; indem man nun die Enden des Drahtes weiter einfach zusammendrehe, erhalte diese Doppelschlinge einen 22—25 Mm. langen Stiel, der wiederum in einen Holzstiel gefasst werde. Was die Cauterisation selbst anlange, so lasse sie sich leicht ausführen. Von der leicht zu beschaffenden Assistenz lasse man sich eine brennende Spirituslampe dicht an das mit Cocain anästhesirte Auge halten, dessen Lider mittelst eines Lidhalters offen gehalten werden. Die in der Spiritusflamme bis zur Weissgluth erhitzte Platinschlinge verliere ihre Gluth beim Hinüberführen zum Auge nicht und erfüllt ihren Zweck. Selten werde man mit einmaliger Anwendung der glühenden Schlinge auskommen, doch könne ja je nach Bedarf das Verfahren wiederholt werden. Als Nachbehandlung empfehle Verf. Sublimat- oder Borsäurelösung; in der weiteren Nachbehandlung thue oft eine Lösung von Höllenstein gute Dienste. Werde es nöthig, eine Aetzung zu wiederholen, so könne dieses ja leicht inscenirt werden; es käme jedoch nach den Erfahrungen des Verf.'s sehr selten vor.

385. ***Ein neues Verfahren zur operativen Ptosisbehandlung.*** *Von* ***Ed. Pergens.*** *(Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1894. Januar. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1894. März.)*

Verf. führt einen bogenförmigen Schnitt unterhalb des Orbitalrandes von einem Augenwinkel zum anderen und trennt die Haut. Am oberen Rande des Schnittes sticht er ein zweischneidiges Messer ein und führt dasselbe nach oben zu. ohne hier die Haut zu durchschneiden und nach beiden Seiten frei präparirend in der Länge der Augenbraue. Dicht am Rande des Lappens wird in der Mitte



ein doppelt armirter Faden durchgeführt und seine Fäden oberhalb der Augenbrauen ausgestochen; durch Anziehen wird der Stiel mit dem Lide in die gewünschte Lage gebracht und die beiden Fadenenden werden geknüpft. Ebenso handelt man an der nasalen und temporalen Seite des Lappens. Dann wird ein Schnitt 3 Mm. oberhalb des Lidrandes gemacht und die beiden Schnittflächen durch Knopfnähte vereinigt, wobei der Tarsus mitgefasst wird.

386. ***Ueber operative Behandlung der kegelförmigen Hornhautverkrümmung (Keratoconus).*** *Von **Maximilian Duerdoth**. Aus der Augenklinik des Prof. Hirschberg in Berlin. (Inaug.-Dissert. Kiel 1894.)*

Die Behandlungsweise des Keratoconus, wie sie von Prof. *Hirschberg* geübt wird, ist folgende: Cocain wird eingeträufelt, Sperrer eingelegt, das Auge mit Schlosspincette gut festgehalten, die schwach rothglühende Olive des kleinen Brenners einmal auf die Kegelspitze aufgesetzt und hierdurch ein Substanzverlust von etwa 1—1·5 Mm. Durchmesser bewirkt. Während der Operation muss das Auge selbstverständlich gut festgehalten werden, zu welchem Behufe ein Sperrer eingelegt und das Auge mit Schlosspincette gefasst wird. Um dies zu ermöglichen, wird das Auge vorher durch Cocain unempfindlich gemacht. Nach etwa 10 Tagen nimmt man an genau derselben Stelle das Brennen wieder vor, was man ungefähr 3—4mal zu wiederholen hat. Die späteren Operationen sind leicht, da man die zu brennende Partie leicht an der bestehenden Brandnarbe wiederfinden kann. Für die erste Sitzung muss man sich vermittelst des Keratoskopes genau den Scheitel ausfindig machen. Derselbe sitzt, wie oben schon genauer gesagt, meist nicht in der Mitte der Hornhaut, sondern in dem äusseren unteren Quadranten der Pupille. In der leicht excentrischen Lage des Kegelscheitels hat man zugleich den grossen Vortheil der geringen Behinderung für das spätere Sehen des Patienten. Ein dort gelegener undurchsichtiger Fleck stört das Sehen nur durch Diffusion; mehr das Aussehen. Aber auch hierfür ist leicht Abhilfe zu schaffen durch spätere Tätowirung der weissen Narbenpartie. Die Cauterisation, verbunden mit nachfolgender Tätowirung, ermöglicht ohne Nachtheil eine Abflachung und Ausschaltung der optisch am schlechtesten verwerthbaren Theile der Hornhaut. Bezüglich der mitgetheilten Krankengeschichten siehe das Original.

387. ***Ueber den Keratoconus.*** *Von Docent Dr. **Elschnig**, Graz. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1894. Februar. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 4.)*

Verf. bespricht ausführlich alle bisher üblichen Methoden der Behandlung des Hornhautkegels. Er verwirft die Iridectomie und die oft wiederholte Paracentese der Hornhaut, ebenso die gefährliche Iridodesis; wenig darf man sich von einer mit Druckverband combinirten exspectativen und roborirenden Therapie versprechen; die hyperbolischen Gläser und die *Fick*'schen Contactbrillen sind meist nutzlos, die ersteren, weil sie nur dann die fehlerhafte Hornhautkrümmung paralysiren, wenn die Blicklinie in die Achse des Glases fällt; die Contactbrille ist auch so enorm schwer herzustellen, dass ihr hoher Preis der praktischen Anwendung entgegensteht. Als die vortheilhaftesten bezeichnet Verf. jene Methoden, welche direct



die Hornhaut zu normaler Krümmung zurückzuführen bezwecken. *Graefe* trug die oberflächlichen Schichten der Kegelspitze mit dem Staarmesser ab, touchirte dann mit dem Lapisstift, bis ein Geschwür entstand, dessen Grund dann punctirt wurde. Verf. hat in seinem Falle mit gutem Erfolge die Cauterisation der Kegelspitze mit der Platinschlinge angewendet; für die Anwendung derselben stellt er folgende Regeln fest: 1. Soll die Perforation der Cornea thunlichst vermieden werden. 2. Soll, da die Narbenbildung desto früher und ausgiebiger eintritt, je reichlicher die Vascularisation der Cornea erfolgt, die cauterisirte Spitze des Keratoconus durch eine schmale Brücke oberflächlich verschorften Gewebes mit dem Hornhautrand verbunden werden. 3. Soll die Cauterisation nur mit schwach rothglühender Platinschlinge vorgenommen werden.

388. ***Die O'Dwyer'sche Intubation bei chronischen Larynx- und Tracheastenosen.*** *Von Dr. Egmont Baumgarten, Budapest. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 10. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 23.)*

In dem 1. der vom Verf. beobachteten Fälle handelte es sich um einen 12jährigen Knaben, welcher seit 2 Monaten an Heiserkeit und erschwertem Athem litt. Der laryngoskopische Befund bei der Aufnahme in das Krankenhaus ergab: Larynx normal, beim Phoniren geringe Parese wahrnehmbar. Beim tiefen Athemholen sieht man unmittelbar unter den Stimmbändern zwei rosenrothe, mit normaler Schleimhaut bedeckte, halbkugelförmige Wülste, welche den Larynx und die Trachea erheblich verengen. Diagnose: Laryngitis hypertrophica chron. subglottica. Das Kind wurde anfangs mit den *Schrötter*'schen Röhren behandelt, welche jedoch kaum 2–3 Minuten lang vertragen wurden. Da am folgenden Tage sich hochgradige Dyspnoe mit Cyanose einstellte, musste eine Operation vorgenommen werden und Verf. entschloss sich auf Empfehlung von Prof. *Bókai* zur Intubation. Nach Einführung des Tubus hörten die Stickanfälle sofort auf, nachdem eine erhebliche Menge Schleim expectorirt worden. Extubation nach 66stündigem Verweilen des Tubus; das vorher fieberhafte Kind ist nunmehr fieberlos, die Athmung kaum erschwert; die Nächte sind ruhig. In mehrtägigen Zwischenräumen wurde die Intubation wiederholt, wobei der Tubus jedesmal 5 Stunden lang liegen blieb. 14 Tage nach der ersten Intubation ergab die laryngoskopische Untersuchung eine erhebliche Verkleinerung der Wülste. In den nächsten 3 Monaten wurde die Intubation jeden zweiten, im 4. Monat jeden dritten Tag ausgeführt, wobei sich die Wülste beträchtlich zurückbildeten; doch wurde in den folgenden Monaten der zweimal wöchentlich ausgeführten Intubation eine leichte Aetzung mit Lapis vorausgeschickt. Bei der Entlassung (9 Monate nach der Aufnahme) waren nur noch Spuren der Wülste vorhanden; die Athmung war vollkommen frei, die Stimme rein. Der 2. Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, welches an chronischer Lues litt. Die laryngoskopische Untersuchung ergab: Entsprechend dem II. und III. Ringknorpel rothes circuläres Narbengewebe, das den ganzen Kehlkopf ausfüllte und nur in der Mitte eine etwa 6 Mm. lange und 2—3 Mm. breite halbmondförmige Spalte freiliess. Die erste Intubation, welche die erheblich beengte Athmung sofort frei machte, wurde am 25. September ausgeführt und der Tubus



6 Stunden lang im Kehlkopf belassen. Innerlich wurde Jodkali gegeben. Am 27. und 29. September Intubation von je 3 Stunden, worauf bedeutende Besserung, auch laryngoskopisch nachweisbar. Vom 1.—17. October einen Tag um den anderen je 3 Stunden lang Intubation. Schon am 6. October liess sich mittelst Spiegels keine Stenose mehr nachweisen; Stimme noch etwas belegt. Am 18. October konnte Patientin ganz geheilt entlassen werden.

389. ***Ueber die Beziehungen der Mikroorganismen zu den Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen.*** *Von Prof. E. Zaufal. (Arch. f. Ohrenhk. XXXI. XII. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 2.)*

Nach einem Hinweise auf die Entwicklung der Lehre von der mikroparasitären Natur der eiterigen Mittelohrentzündungen bespricht Verf. die bei der acuten und chronischen Otitis media bisher gefundenen pathogenen Mikroorganismen, den Pneumobacillus Friedländer, den Diplococcus pneumon. Fraenkel-Weichselbaum und die pyogenen Mikroorganismen. Was die Häufigkeit ihres Vorkommens bei den acuten Entzündungen anbelangt, so scheint Verf. bei den primären Formen Diplococcus pneumoniae, bei den secundären Formen die pyogenen Mikroben, besonders der Streptococcus pyogenes, zu überwiegen. Bei den traumatischen Entzündungen fand Verf. nur pyogene Mikroorganismen. Dass auch die specifischen Erreger von allgemeinen Infectionskrankheiten Mittelohrentzündungen hervorrufen können, scheint Verf. nicht unmöglich, obwohl bisher keine Beweise dafür vorliegen. Jedenfalls ergibt sich aus diesen Funden die wichtige Thatsache, dass die acute Otitis media kein ätiologisch einheitlicher Process ist, sondern ihr Entstehen verschiedenartigen Mikroorganismen verdankt. Für die Art des Verlaufes der Entzündung sind der Grad der Virulenz des Entzündungserregers und der allgemeine Zustand des Patienten die wichtigsten Factoren. Allerdings kommen dazu noch andere Einflüsse, welche erst bei dem näheren Studium der einzelnen Bacterienarten erkannt wurden, und zwar das gleichzeitige Wuchern anderer pathogener und saprophytischer Keime in der Paukenhöhle, insbesondere der Fäulnissmikroorganismen, deren Stoffwechselproducte den Verlauf der Entzündung in verschiedener Weise sehr wesentlich zu beeinflussen vermögen. Was die Complication der acuten Otitis media betrifft, so kommt Verf. zum Schlusse, dass in der Regel der die Otitis primär erregende Parasit die Ursache der Complicationen abgibt. Doch können solche auch durch Mikroorganismen erzeugt werden, welche secundär in den Entzündungsherd eingewandert sind. In klarster Weise hat die bacteriologische Forschung das Abhängigkeitsverhältniss der Mittelohrentzündungen von den nebenliegenden Höhlen der Nase, des Rachens und des Mundes klargelegt, insofern, als dadurch der Beweis erbracht wurde, dass die die Otitis media erregenden Mikroparasiten nicht nur bei Erkrankungen, sondern auch unter normalen Verhältnissen dort anzutreffen sind. Untersuchungen am Kaninchen haben Verf. gelehrt, dass auch die Paukenhöhle in den seltensten Fällen keimfrei ist. Die bacterientödtenden Eigenschaften des Blutes und der Gewebssäfte, die ungeschwächte Lebensenergie der Gewebszellen, sowie die Resorptionskraft der

verschiedenen Organe bilden die Schutzwehr gegen die Angriffe der pathologischen Keime; erst wenn jene Wehren Alterationen erleiden, wie z. B. bei Infectionskrankheiten, finden die Bacterien günstigere Bedingungen zur Wucherung. Sicherlich spielt auch die Intactheit des Epithels eine wichtige Rolle in der Abwehr: Erkältungen, Allgemeinerkrankungen, bei Neugeborenen die physiologischen Involutionsprocesse des Schleimhautpolsters in der Paukenhöhle werden die Bewegungen des Flimmerepithels schädigen können. Ist schon unter normalen Verhältnissen die Tuba Eustachii nicht im Stande, den Bacterien den Eintritt in die Paukenhöhle zu verwehren, so wird dies um so weniger der Fall sein, wenn eine vis a tergo die am Ostium tubae liegenden Keime in die Paukenhöhle treibt. Da gibt Verf. zu bedenken, dass unter ungünstigen Verhältnissen der Valsalva, der Catheterismus, das *Politzer*'sche Verfahren, Nasenausspülungen, die Tamponade nach *Bellocq* leicht Keime in das Mittelohr bringen und Entzündungen bösartigsten Grades hervorrufen können. All diese Erkenntnisse haben bisher noch wenig Einfluss auf die Therapie nehmen können; sie haben nur das Rationelle unserer bisherigen Massnahmen bei den Mittelohreiterungen in's richtige Licht gesetzt; aber auf die Hygiene, die allgemeine sowohl, wie besonders die Mund-, Nasen- und Rachenhygiene, werden sie befruchtend wirken.

Dermatologie und Syphilis.

390. ***Fall von Urticaria haemorrhagica.*** *Von Prof.* ***Ernst Schwimmer.*** *(Pester med.-chir. Presse. 1894. 12.)*

J. O., 48 Jahre alt, Schlosser, zeigt fast ohne Unterbrechung 7 Jahre hindurch folgendes Leiden: An der ganzen Cutis, einige Partien der Brust und des Rückens ausgenommen, sind nebst einzelnen hanfsamen- bis linsengrossen dunkelrothen Prominenzen mehrere in einander fliessende, stellenweise scharf umschriebene, rosen- bis dunkelrothe Flecken von unregelmässiger Ausdehnung zu sehen. Ausser diesem milderen Krankheitsbilde sind an den oberen und unteren Extremitäten zahlreiche, mit einem dunkelrothen Mittelpunkte und einer lebhaften rothen Grenze versehene, prominirende Gebilde vorhanden, die die Extremitäten beinahe ganz occupiren. Einzelne Efflorescenzen haben in der Mitte einen weissen, respective normal gefärbten, an der Peripherie aber einen umso schärfer rothgefärbten Theil, der von einem schmalen weissen Hofe umgeben ist. Es liegt demnach das Bild einer anhaltenden Urticaria vor, die ihre Form nicht ändert. Beachtenswerth ist die, sonst bei Urticaria kaum in Erscheinung tretende Blutextravasation, die hier an mehreren der beschriebenen Stellen in Form von Ecchymosen kenntlich ist. Erwähnung verdient auch der Umstand, dass der Patient seit Beginn seiner Krankheit in den Gelenken häufig über grosse Schmerzen klagt. Von den subjectiven Erscheinungen prävalirt das Jucken. Der Fall — wie die Urticaria überhaupt — zählt zu den angioneurotischen Uebeln. Die Gefässinnervation ist hier bis zu jenem Grade der Gefäss-Paralyse gestört, die eine Extravasirung des Blutes gestattet.

391. ***Die Behandlung der Urethritis posterior mittelst Irrigation ohne Anwendung eines Catheters.*** *Von Dr. **Lydston.** (Internat. med. magazine. 1893. October. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 10.)*

Die Urethritis posterior verläuft nach Verf. stets ohne Ausfluss; ist Ausfluss da, so ist die vordere Harnröhre erkrankt. Alle Behandlung chronischer Gonorrhoefälle mit Catheter oder Sonde ist zu verwerfen, weil in der vorderen Harnröhre die Schleimhautfalten nicht verstrichen und deshalb nicht von dem Mittel berührt werden; und in der hinteren bedingt die Reizung viele Schädlichkeit, und gewöhnlich wird die Blase inficirt. Verf. empfiehlt deshalb in Fällen chronischer hinterer Urethritis folgendes Verfahren: Ein Irrigator wird mit Flüssigkeit gefüllt und ziemlich hoch (Höhe des Kopfes des stehenden Patienten) gehalten. An seinem Schlauch befindet sich ein kurzes birnförmiges Endstück, um welches die Harnröhrenmündung festgedrückt wird. Man spült nun energisch die vordere Harnröhre aus. Nachdem dieselbe gereinigt ist, soll der Patient in demselben Moment, wo die vordere Harnröhre prall mit Flüssigkeit gefüllt ist, versuchen zu uriniren; dadurch erschlafft der Sphincter; die Flüssigkeit tritt in die tiefe Harnröhre und Blase. Wenn die Blase voll ist, soll der Patient sie selbst entleeren. Dies Verfahren wird wiederholt, bis mehrere Liter durchgespült sind. Verf. nimmt zuerst lauwarme Borlösung, mit circa 0·5 Grm. Acid. salicyl., sowie 30 Grm. Glycerin auf einen Liter. Dann spült er zuletzt mit $^1/_2$ Liter 0·3—0·15$^0/_0$iger Argent. nitr.-Lösung. Sollte heftige Strangurie auftreten, so gibt er kleine Morphiumdosen per os ein.

392. ***Ueber die Behandlung von Warzen.*** *Von Prof. **Kaposi.** (Allg. Wiener med. Ztg. 1893.)*

Vereinzelte Warzen kann man mit dem scharfen Löffel entfernen, wobei eine heftige Blutung auftritt, die durch Compression mit Watte oder durch Aetzung leicht gestillt werden kann. Handelt es sich aber um eine grosse Anzahl von Warzen, etwa im Gesicht, dann darf man den scharfen Löffel nicht anwenden, weil Narben zurückbleiben. Hier muss man die vergrösserten Papillen zum Schrumpfen bringen, wozu sich mit am besten das vorsichtige Betupfen mit rauchender Salpetersäure eignet. Auch die Tinctura Thujae wirkt in solchen Fällen günstig. Gegen Condylome kann man Resorcin oder Salicylsäure als Streupulver oder in Pflasterform anwenden (10—20$^0/_0$); nur muss man dabei bedenken, dass das Resorcin auch ätzend wirkt und schliesslich auch die Epidermis an den gesunden Hautstellen zerstören kann. Man muss daher rechtzeitig, oft noch ehe die Warzen vertieft worden sind, mit der Application dieses Pflasters aussetzen. Wenn ferner Jemand im Gesicht hunderte solcher kleinen Wärzchen hat, wie sie oft acut an einem Tage entstehen, so versucht Verf. sie immer durch Schrumpfung wegzubringen. Man streicht z. B. Sapo viridis wie eine Salbe auf Flanell und lässt dieses Pflaster 24 Stunden liegen. Ist die Haut nunmehr nicht roth geworden, so kann es weitere 24 Stunden liegen bleiben. Fängt die Haut an, runzelig zu werden, so nimmt man das Pflaster, ohne Waschung, ab und nach circa 8 Tagen fällt die ganze Borke ab; das Ganze ist geheilt. Ein gutes



Mittel in diesen Fällen ist auch die Essigsäure in folgender Form: *Flor. sulph. 20·0; Glycerini 50·0; Acid. acet. concentr. pur. 10·0.* Man kann diese Paste auf Leinwand auftragen und auflegen oder auch direct damit einpinseln und über Nacht eintrocknen lassen, ohne am nächsten Tage abzuwischen. Das wiederholt man mehrere Abende hintereinander. Die kleinen Gebilde fangen an zu trocknen, werden blau und fallen ab. Ein Resorcinpflaster im Gesicht anzuwenden ist gefährlich wegen eventueller Narbenbildung. Bei den Keratosen der Flachhand und der Fussohle, auch wenn sie nicht gerade warzig sind, legt man ebenfalls ein Resorcin- oder Salicylpflaster mit bestem Erfolge auf. Die sogenannten Naevi molluseiformes behandelt man am besten mit Elektrolyse. Man sticht mit der negativen Elektrode ein, gibt die positive Elektrode dem Patienten in die Hand und lässt einen Strom von 1—2 Milliampères etwa eine halbe Minute lang einwirken. Nach 8—14 Tagen wird dies wiederholt. Ist aber ein Naevus molluscif. sehr gross, so ist dies so entstellend, dass die Entstehung einer Narbe Nebensache ist, und in diesen Fällen soll man dann ruhig den Galvanocauter oder ein Aetzmittel anwenden.

393. ***Ein Fall von Hautsarcomatose, der die klinischen Charaktere einer infectiösen Lymphangitis bot.*** *Von* ***Hallopeau*** *und* ***Jeanselme.*** *(Annal. de dermat. et de syph. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894, Bd. XVII, pag. 122.)*

Bei einem kräftigen jungen Manne entwickelte sich auf einer seit Jahren bestehenden Schwiele der Handfläche eine Ulceration; später traten längs der Lymphgefässe unter der Haut vollständig bewegliche Knoten auf, die sich vergrösserten, mit der Haut und untereinander verwuchsen und durchbrachen. Die Substanzverluste bekamen buchtige Ränder und einen unebenen, höckerigen, bei der leisesten Berührung blutenden Grund. Weiters entwickelte sich eine diffuse Infiltration der Haut der ganzen Extremität, in welcher die Geschwulstknoten sich kaum mehr gesondert erkennen liessen. Complicirende Eiterung und mehrfach intercurrirende Erysipele. Tod durch eine Pleuritis (Streptococcen). Die Section zeigte auch Knoten an der Pleura und in den Nieren. Durch Impfungsversuche und histologische Untersuchungen konnten die Verf. Tuberculose und Rotz ausschliessen, sowie die Sarcomnatur der Affection sicherstellen. Sie kommen zu dem Schlusse, dass sarcomatöse Geschwülste durch Jahre auf eine Extremität beschränkt bleiben können, sich längs der Lymphgefässe und -Drüsen weiter verbreiten und eine grosse Aehnlichkeit mit tuberculösen Lymphangitiden besitzen können, von denen sie sich durch die unaufhörlichen Blutungen unterscheiden. Der Grund der letzteren ist die Verstopfung der Gefässe durch Geschwulstmassen und die hierdurch bedingte Gewebsdegeneration.

394, ***Ueber Cystitis colli gonorrhoica.*** *Von Dr.* ***Leopold Casper,*** *Privatdocent an der Universität Berlin. (Dermat. Zeitschr. 1894. 2. — Deutsche Med. Ztg. 1894. 23.)*

Verf. schildert an der Hand von typischen Fällen einen bisher wenig bekannten, aber durchaus nicht seltenen Verlauf der acuten Gonorrhoe, den er Urethritis posterior acuta oder Cystitis colli gonorrhoica benennt. Anatomisch ist der Krankheitsprocess dadurch



gekennzeichnet, dass der entzündliche Vorgang nicht blos die Urethra anter. bis zum Bulbus urethrae befällt, sondern in ganz acuter Form auch jenseits des Bulbus in der Urethra posterior — d. h. also in der Pars membranacea und Prostatica urethrae — bis zum Sphincter vesicae intern. auftritt. Da der Musculus compressor partis membranaceae urethae durch seinen Tonus die vordere Harnröhre von der hinteren abschliesst, so ist das klinische Bild der Urethritis poster. acut. differentialdiagnostisch dadurch von der Urethr. ant. acut. unterschieden, dass bei letzterer, wenn man die bekannte Zweigläserprobe vornimmt, der klar aus der Blase und der Urethr. poster. fliessende Harn im ersten Glas trübe (durch das Secret der Urethr. ant.), im zweiten Glas klar ist, während bei ersterer der Harn in beiden Portionen trübe ist, da das in die Blase geflossene Secret der hinteren Harnröhre im Blasenharn in Lösung gegangen und diesen getrübt hat. Ferner ist bei der Cystitis colli der Harn im ersten Glas trüber als im zweiten, bei der Cystitis corporis vesicae verhält es sich in Folge der bei beiden Processen verschiedenen Secretionsverhältnisse gerade umgekehrt. Das zweite, die Localisation des Processes an der hinteren Harnröhre beweisende Moment ist der meist beim Ende des Urinirens auftretende Abgang von Blut oder blutig gefärbtem Harn, ein Vorgang, der dadurch erklärt wird, dass die beim Ende der Harnentleerung stärker auftretenden Contractionen des Spincter vesicae die am Blasenhals befindlichen hyperämischen Stellen bersten und blutende Rhagaden entstehen lassen. Der Symptomencomplex der Cystitis colli ist also charakterisirt durch trüben Urin, eventuelle Blutungen, Harnzwang alle Viertelstunden oder öfter und krampfartige Schmerzen. Nachdem Verf. so das Krankheitsbild in anatomischer und klinischer Hinsicht entwickelt hat, schildert er unter Wiedergabe von entsprechenden Krankheitsgeschichten die drei Formen der Cystitis colli, die er als 1. Cystitis colli gonorrhoica acuta mit Blutung, 2. Cystitis colli gonorrhoica ohne Blutung und 3. Cystitis colli gonorrhoica subacuta bezeichnet, Benennungen, die sich durch sich selbst ohneweiters erklären. Sodann geht er auf die Therapie ein, die, schon vor zehn Jahren von *Ultzmann* geübt, theils ganz in Vergessenheit gerathen, theils fehlerhaft, daher wirkungslos ausgeführt, von ihm seit längerer Zeit mit ausserordentlichem Erfolge wieder aufgenommen ist. Sie besteht bei allen drei Krankheitsformen ausser in der Allgemeinbehandlung mit heissen Sitzbädern, Laxantien und reichlicher Milchzufuhr, der Hauptsache nach in wiederholten Irrigationen der Urethra posterior mit Sol. argent. nitric. 1 : 1000 0 nach folgender Methode. Nachdem zunächst die Urethrae anterior mittelst 3%iger Cocainlösung anästhesirt ist, wird ein mit Glycerin, nicht mit Oel, bestrichener französischer, geknöpfter Seidegespinnstcatheter eingeführt und unter allmäliger Ueberwindung des Tonus des Compressor urethrae so weit hinter den Bulbus urethrae geschoben, dass das Catheterauge sich im Anfangstheil der Pars membranacea befindet. Wird jetzt mit einer gewöhnlichen Handspritze eine lauwarme Argent. nitric.-Lösung durchgespritzt, so irrigirt dieselbe die Urethra posterior, fliesst durch den Sphincter vesicae in die Blase und wird aus dieser bei der nächsten Harnentleerung ent-



fernt. Man kann gleichzeitig die miterkrankte Urethra anterior behandeln, indem man die zweite Quantität der Argent nitric.-Lösung unter langsamem Zurückziehen des Catheters aus der Harnröhre einspritzt. Falls die Einführung des Catheters bis an die richtige Stelle zu schwierig erscheint, kann man derselben auch, wie beim gewöhnlichen Catheterismus, die Blase entriren lassen und die Irrigation unter fortwährendem Zurückziehen des Catheters ausführen. Bei solchen, jeden zweiten bis dritten Tag wiederholten, richtig ausgeführten Applicationen von Argent. nitric.-Lösung in Concentrationen von 1 : 2000 bis höchstens 1 : 500 in die hintere Harnröhre sah Verf. die Krankheitsphänomene bei acuten Fällen sehr schnell, bei subacuten und chronischen etwas langsamer, vollständig schwinden. Die Harnentleerungen gehen wieder schmerzlos und ohne Blut vor sich, ihre Zahl wird wieder normal, die krampfartigen Schmerzen und der Harndrang weichen allmälig, der Urin wird klar. Zum Schluss hebt Verf. hervor, dass Blasenausspülungen mit Argent. nitric.-Lösung zwar bei Cystitis corporis vesicae angebracht, bei Urethritis posterior acuta aber vollständig zwecklos sind, weil, wie zahlenmässig nachgewiesen wird, die Argentumlösung durch das in der Blase befindliche Kochsalz zu Chlorsilber umgesetzt und so unwirksam gemacht wird. Ebenso unrationell sind Injectionen mit gewöhnlichen Tripperspritzen, weil dadurch wohl die Urethra anterior, nie aber die Urethra posterior irrigirt wird.

Gerichtliche Medicin, Criminal-Anthropologie, Toxikologie.

395. ***Ein seltener Fall von Erstickung als Selbstmord.*** *Von **W. Afanassjew.** (Medycyna. 1893. 29. — Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 8.)*

Ein im Gefängnisse sitzender Soldat führte sich dadurch den Tod herbei, dass er absichtlich grosse Brotmengen verschluckte und dabei den gekauten Brotbrei auf den Kehldeckel andrückte. Die Absicht wurde bemerkt, doch konnte der hinzugerufene Arzt in Folge des Streubens des Selbstmörders keine Hilfe anwenden. Bei der Section fand Verf., dass der Kehlkopfeingang von zerkautem Brotbrei völlig verlegt war, der Brei lag sowohl auf dem Kehlkopfdeckel als im Aditus ad laryngem, die Lungen zeigten den bekannten Befund bei Erstickung.

396. ***Ueber Verschwinden der Luft aus den Lungen Neugeborener.*** *Von Dr. **Walter Badstüber.** (Inaug.-Dissertat. Berlin 1893. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 88.)*

Die unter *Fritz Strassmann's* Leitung angefertigte experimentelle Arbeit kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Wenn bei neugeborenen unreifen oder schwachen Kindern die Athmung zum Stillstand kommt — bei fortdauernder Herzaction — so kann die Lungenluft vom circulirenden Blute absorbirt werden, in solchen Fällen finden sich atelectatische Lungen trotz stattgehabten Lebens. Unter gleichen Bedingungen kann bei unreifen oder schwachen



Kindern auch Leben bestehen bei nur vorhandener Bronchialathmung, und wird man in solchen Fällen natürlich die Lungen luftleer finden. 2. Werden Kinderleichen mit unverletztem Brustkorb im Wasser liegend aufgefunden, so ist Transsudatbildung in den Pleurahöhlen entweder gar nicht vorhanden, oder doch kaum je in dem Masse, dass dadurch lufthaltige Lungen luftleer werden könnten. 3. Liegen Leichen Neugeborener mit penetrirenden Brustwunden in ruhigem, stagnirendem Wasser (Tümpel, kleine Teiche), so ist ein Verschwinden von Luft aus Lungen, die geathmet haben, nicht möglich. Durch Einblasen in die Lungen gelangte Luft vermag aber zu verschwinden. 4. Kann durch eine penetrirende Brustwunde fliessendes Wasser (von Bächen, Seen etc.) auf die Lungen einwirken, so saugen diese sich voll Wasser und sinken unter. 5. Diese Art der Atelectase kann durch Trocknen der Lungen erkannt werden; denn hierdurch schwindet das eingesogene Wasser, und es zeigt sich dann an dem Schwimmen oder Sinken der Lungen, ob dieselben geathmet haben oder nicht. Schliesslich weist der Verf. den gegen die Lungenprobe gemachten Einwand zurück, dass nämlich *Schultze*'sche Schwingungen Anlass zu einer irrthümlichen gerichtsärztlichen Beurtheilung des Luftgehalts der Lungen geben sollten. —*n.*

397. ***Ein Hermaphrodit.*** *Vorgestellt von Prof. v. **Bergmann** in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft am 7. März 1894. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 23.)*

Die Fälle von Hermaphroditismus haben für den Arzt immer ein praktisches Interesse. Im vorgestellten Falle handelt es sich um einen Hypospadiacus. Die Erfahrung lehrt, dass wir es in den meisten Fällen mit männlichen Pseudohermaphroditen zu thun haben. Es verbinden sich aber mit dem Pseudohermaphroditismus so viele andere Störungen, dass bis jetzt eine ganze Menge von Fällen existirt, bei denen immer noch das Versehen gemacht worden ist, dass das Geschlecht falsch diagnosticirt wurde. Verf. erinnert an den im *Casper-Liman*'schen Handbuch veröffentlichten Fall, in welchem erst bei der Section einer 84jährigen glücklich verheirateten Frau nachgewiesen wurde, dass sie eigentlich ein Mann war. Das vorgestellte Kind ist bei der Geburt als Mädchen recognoscirt worden und hat den Namen „Emma" bekommen. Es hätte wohl Niemand seiner Angehörigen die weibliche Natur des Kindes in Zweifel gezogen; allein es wurde krank, klagte über sehr rapide Schmerzen beim Urinlassen und wurde in Verf.'s Klinik gebracht. Es handelte sich um einen schweren Blasencatarrh mit eiterig getrübtem Urin. Schmerzen und Beschwerden sind jetzt geringer geworden. Aber gerade diese Affection der Harnblase dürfte für den Fall ein besonderes Interesse in Anspruch nehmen. Gegenwärtig sind wir aus zahlreichen entwicklungsgeschichtlichen Arbeiten in den Stand gesetzt, die Entstehung der Hypospadie als reine Entwicklungshemmung anzusehen. Man sieht einen kaum entwickelten Penis, welcher nach abwärts gekrümmt ist, keine Oeffnung in der Eichel, dagegen ein gespaltenes Präputium hat, das wie ein halber Kranz erscheint. Keine Spur von einem Scrotum oder Labium majus. Von Hoden ist nichts zu fühlen; entweder liegen sie im Unterleib oder sie fehlen überhaupt. Von der Ausmündung der



Harnröhre bis zum Perineum geht eine Rinne nach vorn bis an die imperforirte Glans, eine Rinne, welche mit Schleimhaut austapezirt ist und einen Theil der ursprünglichen Geschlechtsrinne darstellen könnte, wie sie später geschlossen wird. Bei der Sondirung kommt man in die Blase hinein. Die Blase hat eine gewisse Capacität, so dass man ein Quantum von mehreren Esslöffeln Urin zu jeder Zeit entleeren kann. Dagegen scheint der Harnröhre im hinteren Theil ein Divertikel anzuhängen; wenigstens geräth die Sonde oft nach hinten. Bei Untersuchung in Narcose hat Verf. die Blase nicht ordentlich abpalpiren können; sie macht den Eindruck eines in die Länge gezogenen Schlauches. Ferner findet sich ein grosser linsenförmiger Körper neben dem Annulus inguinalis internus. Bei diesen Fällen interessirt besonders die immer mehr bekannt werdende Thatsache, dass es sich bei ihnen noch um andere Störungen handelt, zunächst um Kryptorchismus. Bei der anatomischen Untersuchung fand sich die auffallende Uebereinstimmung, dass die Hoden klein oder verkümmert geblieben sind, und dass daher mit der Verkümmerung der äusseren Geschlechtstheile auch Störungen der samenbereitenden Organe einhergehen. Hierzu kommt die trichterförmige Erweiterung der Urethra, welche in diesem Falle dazu veranlasste, das Kind für ein Mädchen zu halten. Ueberdies zeigt sie eine ampullenförmige Erweiterung. Im letzten Decennium ist übrigens von *Heppner*-Petersburg ein Fall mitgetheilt worden, in welchem auch die Vagina in den hinteren Abschnitt der Harnröhre hineinmündete, also ein Hermaphroditismus bilateralis vorlag. Der Umstand, dass es sich in den beschriebenen Fällen nicht blos um hochgradige Hypospadie und Kryptorchismus, sondern auch um eine Verkümmerung innerer Organe handelt, macht es begreiflich, dass eine Reihe dieser Personen in durchaus glücklicher Ehe gelebt hat.

398. ***Wie viel Morphin darf ein Arzt einem Kranken als Einzeldosis verordnen?*** *Von L. Lewin. Ein gerichtliches Gutachten. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 41. — Centralbl. f. klin. Med. 1894. 8.)*

Auf 0·022 Morphinsalz, in Tropfenform per os genommen, war bei einem 64jährigen Fräulein mit vorgeschrittenem Genitalkrebs und Herzleiden nach 4 Tagen der Exitus eingetreten unter Symptomen, die sich mit den diesem Mittel eigenthümlichen zum Theil deckten, zum Theil aber als abnorme gelten müssen. Der Tod war neben den genannten beiden Momenten einer besonderen Empfänglichkeit für Morphin zuzuschreiben. Forensisch geworden, gab der Fall zu obenstehender Frage Veranlassung. Verf. beantwortet sie voll und ganz in dem Sinne, dass, selbst wenn jene beiden Momente gefehlt hätten, nie ein Kunstfehler des Arztes construirt werden könnte, so lange die Maximaldosis des Arzneibuches nicht überschritten sei, dass er jederzeit innerhalb der gesetzlichen Norm die Verordnung stark wirkender Medicamente frei bestimmen, gegebenen Falls bewusst überschreiten darf. Es muss jede Thätigkeit nach der medicamentösen Seite hin beeinträchtigen oder gefahrvoll gestalten, sollte die subjective Auffassung irgend eines Beurtheilers Massstab für Richtigkeit oder Unrichtigkeit des ärztlichen Handelns im Fall eines guten oder



schlechten Erfolges werden. Die Grösse der Empfindlichkeit eines Kranken auf ein Medicament ist ein a priori nicht zu beurtheilender Factor.

399. ***Die gerichtsärztliche Beurtheilung von Stichwunden am Halse.*** *Von Dr. Max Kamm. (Aerztl. Rundschau. 1894. 2—3.)*

Verf. gibt die Ergebnisse seiner Arbeit in folgenden Sätzen wieder; Stichverletzungen am Halse sind meist von fremder Hand zugefügt, selten durch Selbstmord oder Zufall entstanden. Spuren einer Gegenwehr sprechen gegen Selbstmord und Zufall, mehrfache Wunden an noch anderen Körpertheilen gegen Zufall. Die Beschaffenheit, Lage und Richtung der Halsstichwunde erlaubt meist einen Rückschluss auf das gebrauchte Werkzeug und die Art seiner Handhabung. — Bei Kehlkopfverletzung deutet das Vorhandensein grösserer Blutungen in dem Luftwege entschieden gegen postmortale Entstehung. — Auch ungefährliche Halsstichverletzungen fallen noch in den Bereich des §. 223 a des deutschen Strafgesetzbuches. Die Prognose ist bei Verletzung von grösseren Gefässen und anderen Complicationen mindestens zweifelhaft. — Nach Halsstichwunden bleiben nicht selten Folgen zurück, die unter §. 224 des deutschen Strafgesetzbuches fallen. — Selbst nach Stichverletzung der grössten Blutgefässe am Halse kann der Verletzte nicht selten Functionen ausüben. — Meist erfolgt der Tod entweder sofort oder in den nächsten drei Wochen durch Verblutung oder Erstickung. — Wenn der Tod durch Wundinfection erfolgt, ist der Nachweis erforderlich, ob nicht mangelhafte oder ungeeignete Behandlung die Complication veranlasste. — Die nach Halsstichverletzung entstehende Lungenentzündung ist eine von den Luftröhren ausgehende, catarrhalische, lobuläre.

400. ***Ueber einen seltenen Fall von Sturzgeburt.*** *Mitgetheilt von Dr. G. Corin, Lüttich. (Zeitschr. f. Med.-Beamte. 1893. 11. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 22.)*

Bei einer Tertiapara bestanden drei Tage Wehen, als Verf. sie untersuchte und feststellte, dass bei stehender Blase der Muttermund etwa fünfmarkstückgross war, der Kopf noch beweglich im Beckeneingang stand. Die Wehen waren schwach und selten. In Gegenwart des Verf.'s setzte sich die Kreissende auf einen Nachtstuhl, da sie heftigen Drang verspürte. Kaum sass die Frau auf demselben, so hatte sie eine starke Kolik und man hörte das Fallen eines Gegenstandes. Die Kreissende weigerte sich aufzustehen, da sie behauptete, dass es um eine Kothentleerung sich handelt und dass sie noch Drang fühlt. Als sie nach einer Minute etwa aufstand, sah Verf. ein scheinbar todtes Kind in dem halb mit Wasser gefüllten Nachttopf. Die Nabelschnur war nicht gerissen, die Placenta nicht ausgestossen. Dieselbe folgte sehr bald spontan. Das Kind wurde rasch wiederbelebt, ging aber am selben Abend offenbar an einer äusserlich nicht wahrnehmbaren Schädelfractur zu Grunde. Bemerkenswerth an dieser Mittheilung ist der Umstand, dass die Gebärende bei vollkommener Geistesgegenwart ein fast reifes Kind unbewusst geboren hat. Verf. weist mit Recht darauf hin, dass ein Gerichtshof die Frau für schuldig gehalten hätte, wenn es sich z. B. um eine Witwe oder eine uneheliche



Person gehandelt hätte, welche ein Interesse hatte, ihren Zustand zu verbergen, und wenn z. B. die Frau das Kind auf einem Abort verloren hätte, wobei das Kind mitsammt der Nabelschnur in der Nachgeburt in die Tiefe gestürzt wäre.

401. ***Fälle von Erstickungstod.*** *Von Dr. **Blasius Kenyeres**. Vortrag in der k. ungar. Gesellsch. d. Aerzte i. d. Sitzung vom 16. Februar 1894. (Pester med.-chir. Presse 1894.)*

Gegen Schlag und Stoss ist der Kehlkopf vermöge seiner durch den Kopf gedeckten Lage ziemlich geschützt, weshalb Läsionen des Kehlkopfes selten zu Stande kommen. Verf. theilt folgenden Fall mit: Ein 28jähriger Kutscher, der mit seinen Pferden beschäftigt war, wurde todt aufgefunden. Die Section ergab folgenden Befund: An der Oberlippe links ein $^1/_2$ Cm. langer Riss, der linke Augenzahn ausgebrochen. Links oberhalb des Unterkiefers war eine halbkreuzergrosse Epithelabschürfung, von derselben ausgehend, im Halbkreise mehrere hirsekorngrosse Abschürfungen. Das Individuum ging an Erstickung zu Grunde; beide Seiten des Ringknorpels waren eingebrochen, der Larynxraum durch die stark suffundirte Schleimhaut verengt. Man konnte demnach einen durch Hufschlag verursachten Unglücksfall constatiren. Der zweite Fall von Erstickung betrifft ein 50jähriges Individuum, das in betrunkenem Zustande von der Polizei aufgefunden und verhaftet wurde. Des Morgens fand man den Mann todt. Die Section ergab Erstickungstod wegen hochgradiger Verengung des Larynxraumes. An der Aussenseite der Epiglottis, den Stimmbändern entsprechend, fand man eine papillomatöse Geschwulst und in der Umgebung Oedem der Schleimhaut. Die carfiolartige Geschwulst bestand aus hirsekorn- bis erbsengrossen, meist dünngestielten Theilen und verengte dermassen den Kehlkopf, dass man in die Trachea selbst mit der Sonde nur schwer gelangen konnte.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

402. ***Krankheitsübertragung durch Milch.*** *Von Dr. **Fr. Dornblüth**. (Jahrb. f. Kinderhk. 1893. — Der prakt. Arzt. 1894. 2.)*

Die Arbeit des Verf. beschäftigt sich hauptsächlich mit den Krankheiten, die von der Thiermilch durch die bacteriellen Erreger auf den Menschen übertragen werden. Er erwähnt zunächst die Maul- und Klauenseuche; sie ist leicht durch Kochen der Milch zu verhüten. Ausserdem erleichtern die Anzeigepflicht des Viehhalters und die öffentlichen Bekanntmachungen die Controle darüber auch für das Publicum sehr. Weit wichtiger ist die Uebertragung der Tuberculose durch die Milch. Es ist die Tragweite dieser Thatsache meist überschätzt worden, denn vielfache Versuche haben gezeigt, dass bei geringgradiger Tuberculose, besonders wenn das Euter frei war, die Impfung mit der betreffenden Milch erfolglos war. Da nun nach anderweitigen Versuchen von *Bollinger* etc. auch die Verdünnung der Milch die Infectiosität erheblich vermindert, so ist bei der Entnahme von Sammelmilch aus grossen Molkereien die Gefahr äusserst gering, aber bei dem



Einkauf von Milch von einer Kuh oder wenigen Milchthieren ist grosse Vorsicht geboten, und in dieser Hinsicht besonders wünscht Verf. einen ähnlichen gesetzlichen Schutz gegen die Milch von perlsüchtigen Thieren, wie gegen das Fleisch derselben durch die Fleischschau. Er will, dass das Feilhalten und der Verkauf von Milch aus kranken Eutern und von hochgradig tuberculösen Thieren verboten wäre, bis ihre Unschädlichkeit ausdrücklich festgestellt wird, ferner sollen die Landwirthe bei der Auswahl ihrer Milchkühe darauf Rücksicht nehmen, dass einzelne Rinderrassen dieser Krankheit mehr ausgesetzt und daher zur Milchlieferung ungeeignet sind; die Landwirthe sollen weiter auf Sauberkeit des Stalles, gutes Futter und genügende Bewegung achten. Von aussen gelangen in die Milch auch mannigfache Krankheitskeime. So sind Scharlach-Uebertragungen beobachtet, bei denen zweifellos die Producenten, der Kuhbesitzer, Melker, Milchhändler als Verbreiter der Keime anzusehen sind. Auch aus Rostock theilt *Bollinger* eine deutliche Scharlach-Milchepidemie mit, es erkrankten besonders Kinder, die lauwarme oder ungekochte, und Erwachsene, die rohe Milch getrunken hatten. Als besonders gefährlich stellt Verf. den Milchrahm hin. Während bezüglich der Diphtherie noch Beweise zu erbringen sind, ist dieser Uebertragungsmodus durch die Milch bei Typhus zweifellos; meist wird hier das Spülwasser für die Milchgefässe der Träger des Giftes sein. Wenn auch Cholerabacillen in der durch den Eintritt derselben gerinnenden Milch sich lange Zeit halten können, ist eine Uebertragung auf diesem Wege noch nicht beobachtet. Für die Cholera infantum und andere Erkrankungen des kindlichen Verdauungstractes sind mehr die durch Bacillen in der Milch gebildeten giftigen Zersetzungsstoffe verantwortlich zu machen. *Escherich* unterscheidet bei diesen Zersetzungen eine endo- und eine ectogene Gährung, je nachdem die Gährungsbacillen erst innerhalb oder schon ausserhalb des Körpers des Menschen ihre diesbezügliche Wirkung entfalten. Gegen diese Zersetzungsstoffe selbst dürfte auch das beste Kochen, die gründlichste Sterilisation der Milch nichts nutzen, hier gilt es die Ursache für die Milchzersetzung zu finden und zu beseitigen. Als solche Ursache ist neben schlechtem Futter (Schlempe, Rüben etc.) namentlich das Trinkwasser der Kühe von wesentlicherer Bedeutung, als man bisher anzunehmen geneigt war. Gerade die Pumpbrunnen stehen oft in der Nähe der Dungstätten; ihr Wasser wird dadurch häufigen und starken Verunreinigungen ausgesetzt. Aber noch wesentlicher für die Frage des Herkommens der Toxine in der Milch ist der Milchschmutz, jenes Gemisch von Kuhexcrementen und Futterresten, Pilzkeimen, die bald trocken von der Haut des Thieres abbröckeln, bald direct in die Milch gespritzt werden. Eine so verunreinigte Milch ist schwer — nur auf Kosten des Wohlgeschmacks — zu sterilisiren und gegen die Zersetzungsproducte hilft die Sterilisation nichts. Der Schmutz begünstigt die Zersetzung der Milch enorm; und nicht nur für Kinder, auch für Erwachsene (*Gaffky's* 3 Fälle aus dem hygienischen Institut in Giessen) ist eine derartige Veränderung der Milch äusserst schädlich. Der Schutz gegen die Gefahren unreiner und krankmachender Milch kann nun nicht Aufgabe des Einzelnen sein. Das Reichsgesetz



über den Verkehr mit Nahrungsmitteln stellt den Verkauf schädlicher, verdorbener Nahrungsmittel unter Strafe: der Milchschmutz verdirbt die Milch, ergo: derartige Milch darf nicht verkauft werden. Dagegen spricht allein der Umstand, dass die Grenze schwer festzusetzen ist, wo die Menge des Milchschmutzes gross genug ist, um die Milch zu verbieten. *Renk* hat hierfür angegeben, dass man einen Liter der fraglichen Milch $^1/_2$—1 Stunde in einem Glasgefäss aufstellt und nach einer Stunde den Bodensatz prüft: alle schweren und gröberen Schmutzpartikel sind in dieser Zeit zu Boden gesunken und werden Anlass geben, die Milch für verdorben zu erklären. Diese Untersuchungen sollen den Polizisten überlassen werden können.

403. ***Ueber Schiefwuchs (Scoliosis).*** *Von Generalarzt **H. Frölich.** (Münchener med. Wochenschr. 1893. 44. u. 45. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 13.)*

Verf. hat von 1889—1893 hinsichtlich ihrer Militärdiensttauglichkeit zahlreiche junge Männer untersucht und bei 897 derselben der Länge der Beine und der Haltung der Wirbelsäule seine besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Soweit es sich nicht um krankhafte, d. h. traumatische, empyematische etc, sondern um sogenannte habituelle Scoliosen handelt, bringt er dieselben mit der ungleichen Länge der Beine in Zusammenhang und stellt folgende Sätze auf: 1. Für die allermeisten Scoliosen ist ererbte Ungleichheit der Beinlängen der Ausgangspunkt. 2. Die Erzeugung des Schiefwuchses durch Ungleichheit der Beinlängen ist erst von der Zeit an möglich, wo der Mensch selbstständig zu gehen anfängt. 3. Das Wachsthum des Menschen ist geeignet, die Weiterentwicklung des Schiefwuchses zu begünstigen. 4. Es gibt keinen habituellen Schiefwuchs im bisherigen Sinne. Falsche Körperhaltung kann bei regelrechtem Körperbau Schiefwuchs nicht erzeugen; sie kann beim Vorhandensein ungleich langer Beine die Anlage zum Schiefwuchs vergrössern oder beim Vorhandensein von Schiefwuchs die Weiterentwicklung des letzteren in der Wachsthumsperiode begünstigen. Entsprechend seiner Ansicht, dass ätiologisch die ungleiche Länge der Beine das bedeutendste Moment für die Scoliose bildet, empfiehlt Verf. hinsichtlich der Therapie, zu der Zeit wo die Kinder zu gehen anfangen, bei Verdacht auf Ungleichheit der Beinlängen diese zu messen und eventuell unter das verkürzte Bein Sohlen aus Kork oder Filz einzulegen. Bei erheblichen Längeunterschieden ist auch eine seitliche Stahl-Stützschiene anzubringen, um das Umkippen der Sprunggelenke zu verhüten.

404. ***Schweissfuss und Plattfuss.*** *Von Dr. **v. Lesser.** (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 44. — Die Fortschritte der öffentl. Gesundheitspflege. 1894. 2.)*

In neuerer Zeit ist mehrfach auf einen Zusammenhang zwischen Schweissfuss und Plattfuss hingewiesen, und zwar wurde von einer Seite der Zusammenhang zwischen beiden so häufigen Leiden so erklärt, dass der Plattfuss das Primäre ist, und dass auf dem Wege der Innervation, entweder reflectorisch oder in Folge eines mechanischen Druckes auf den Nervus plantaris (Fusssohlennerv), die Schweisssecretion hervorgerufen wird. Als Ursache des Platt-



fusses wird die Bildung von Varicen (Krampfadern) und allgemeine Muskelschwäche angesehen. Welches von beiden Leiden das frühere sei, ob Plattfuss oder Schweissfuss, war lange nicht entschieden, obwohl man oft beide vereint vorfand. Verf. richtete nun längere Zeit sein Augenmerk auf einschlägige Fälle und konnte feststellen, dass von 189 verwerthbaren Fällen, von denen 98 Männer und 91 Frauen betrafen, in 51·0% der Fälle bei den Frauen die Plattfussbildung mit gleichzeitiger oder vorhergegangener Schweissbildung an den Füssen verbunden war. Dabei ist zu bemerken, dass, während die Feststellung des Plattfusses objectiv immer möglich ist, es sehr oft zur Unmöglichkeit wird, von den betreffenden Patienten zu erfahren, ob sie an Schweissbildung an den Füssen gelitten haben, da viele erst dann an Schweissfuss zu leiden glauben, wenn sie auf's Unangenehmste davon belästigt werden. Bei weiteren Untersuchungen des Verf.'s fanden sich so oft gleichzeitig mit den krankhaften Zuständen der Füsse Krampfadern vor, dass er dem etwaigen Zusammenhang zwischen diesen letzteren und den beiden ersteren Leiden nachforschte. Er fand dann, dass beim Schweissfusse fast immer beginnende Krampfadern nachzuweisen sind, und zwar fällt der Beginn der abnormen Schweissbildung meistens in's Pubertätsalter, mitunter allerdings auch schon in's Kindesalter. Ausserdem ist der Schweissfuss vielfach erblich. An den Schweissfuss schliesst sich im reiferen Alter, und zwar bei den Frauen früher, aber weniger häufig als bei den Männern die Plattfussbildung an. Dafür pflegt die abnorme Schweissbildung bei den Frauen auch früher aufzuhören, als bei den Männern, indem bei dem Weibe die Entwicklung der Krampfadern in Folge der Schwangerschaften rascher vor sich geht. Je nach Alter, Geschlecht und Beruf treffen wir Schweissfuss und Plattfuss zusammen an, oder jeden einzeln; stets aber ist der Schweissfuss das frühere Leiden.

405. ***Ueber die Verminderung der Erwerbsfähigkeit durch Sehstörungen.*** *Von Docent Dr.* ***Grennow****, Breslau. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 40—44. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1894. März.)*

Durch unsere socialpolitischen Gesetze ist der Arzt oft in die Lage gesetzt, Gutachten abzugeben über die Erwerbsunfähigkeit eines Patienten. Verf. veröffentlicht eine Anzahl hierher gehöriger werthvoller Beobachtungen. Speciell wird die Frage erörtert: „Welche minimale Sehschärfe genügt zur Ausübung eines bestimmten Berufes?“ Z. B. ein 40jähriger Bergmann mit Retinitis pigmentosa, Atrophia nervi optici, Nystagmus, einer Sehschärfe des rechten Auges = 0, des linken = stark herabgesetzt, angeblich nur geringer Nachtblindheit hat trotzdem noch einen Jahresverdienst von 1097 Mark, dem Durchschnittslohn der übrigen auf der gleichen Grube beschäftigten Berghauer. In Folge einer Pulverexplosion bekommt er auf dem noch sehenden linken Auge eine Keratitis, welche einen Hornhautfleck von 3 Mm. Durchmesser zurücklässt. Während er vorher sich so eingerichtet, dass er mit seiner allmälig wohl immer schlechter gewordenen Sehkraft doch noch völlig arbeitsfähig war, ist er jetzt mit einer Sehschärfe von 100% völlig arbeitsunfähig, obwohl anzunehmen ist, dass diese durch den Hornhaut-



fleck gegenüber der früheren Sehschärfe zahlenmässig nicht viel verschlechtert worden ist. Bei Beurtheilung der Entschädigungsansprüche handelt es sich nun um die principiell überaus wichtige Frage, sollen dem Patienten nur die jedenfalls sehr geringen von Erwerbsfähigkeit, welche er vor dem Anfalle noch besass und jetzt verloren hat, ersetzt werden, oder hat er volle 100% Erwerbsunfähigkeit zu beanspruchen, da vor dem Anfalle seine verminderte Erwerbsunfähigkeit für ihn den Werth von 100% hatte. Jedoch ist die Entscheidung dieser Frage nicht Sache des Arztes, sondern der betreffenden juristischen Factoren, welche freilich nach Angabe des Verf. auch nicht genau angeben, ob das Gesetz eine Entschädigung auf Grund der Verminderung des verdienten Lohnes oder der körperlichen Schädigung festgesetzt haben will. Bezüglich der übrigen Beobachtungen verweisen wir auf das Original. Zum Schlusse empfiehlt Verf., genaue Beobachtungen darüber zu sammeln, welches Minimum von Sehschärfe zur Ausübung eines bestimmten Berufes eben noch genügt, indem in verschiedenen Fabriken und Arbeitsstätten die Sehschärfe der bisher beschäftigten Personen untersucht und mit der geleisteten Arbeit, respective dem erzielten Lohne in Vergleich gestellt wird. Hierdurch würde mit der Zeit eine sichere und feste Grundlage zur Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit für jeden einzelnen Fall gegeben, welche bis jetzt noch fast vollständig fehlt.

Literatur.

406. ***Aus der Breslauer Frauenklinik.*** *Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 1891/92, erstattet von **Heinrich Fritsch**, o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, geheimer Medicinalrath, Director der königl. Universitäts-Frauenklinik in Breslau. Mit 13 Abbildungen in Holzschnitt. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1893.*

Als einen klinischen Bericht bezeichnet der seitdem von Breslau nach Bonn berufene Verf. Prof. *Fritsch* sein vorliegendes Werk, wahrlich in allzu anspruchsloser Weise, denn richtiger wäre der Titel: Grundriss der operativen Gynäkologie für ein Buch, welches an der Hand reicher Erfahrungen die Ansichten eines so hervorragenden Fachmannes über die moderne operative Gynäkologie darlegt und eine Ergänzung des von uns in dieser Zeitschrift bereits wiederholt den Lesern so warm empfohlenen Lehrbuches „Die Krankheiten der Frauen, Aerzten und Studirenden geschildert" desselben Autors (5. Auflage) bildet. Was dort nur kurz skizzirt werden konnte, findet sich hier in einer besonders für den Specialisten dankenswerthen Gründlichkeit detaillirt erörtert und durch Krankengeschichten, sowie zusammengedrängte Tabellen erläutert. Der erste Abschnitt bietet als „Allgemeines zur Laparotomie" eine Auslese von praktischen Winken und Fundamentalsätzen, welche von dem scharfen Blicke des strenge individualisirenden Klinikers ebenso Zeugniss ablegen wie von der technischen Meisterschaft des vielgewandten Operateurs. Was Verf. hier über die Berücksichtigung des Allgemeinbefindens, die psychische Schonung, die Narcose, die Vorbereitung der Patientin u. s. w. sagt und wie er dies sagt, verdient die volle Aufmerksamkeit nicht blos



des Frauenarztes, sondern eines jeden Arztes, auf den gewiss der warme Ton allgemein-humaner Gesinnung seinen Eindruck nicht verfehlen wird. Wie richtig ist der Standpunkt, welchen der Verf. bezüglich der Entscheidung, ob eine Laparotomie vorzunehmen, mit folgenden Sätzen bezeichnet: „Das Leben, was jetzt besteht, ist ein qualvolles Dasein, ist kaum ein Leben. Verliert die Kranke dies Leben, so hat sie wenig verloren. Eine derartige Begründung des Entschlusses zur Operation hört man oft. Sie darf uns nicht beeinflussen. Aerztliche Aufgabe ist es gewiss nicht, die Qualen dadurch zu verkürzen, dass wir die Menschen umbringen. Dürfen wir Aerzte etwa einen nicht qualificirten Selbstmord ermöglichen? Wir sollen die Leiden erleichtern, wenn wir sie nicht beseitigen können. Ob eine verzweifelte, gemarterte, lebensmüde, hoffnungslose Kranke eine Operation verlangt, ist nicht ausschlaggebend. Ohne Aussicht auf Erfolg wird kein vernünftiger und gewissenhafter Arzt einen Eingriff unternehmen.“ Und diese Aussichten auf Erfolg zeigt Verf. mit besonderer Berücksichtigung der Einzelverhältnisse. Grosses Gewicht legt er auf den Zustand des Herzens, fürchtet aber nicht so Arhythmien oder selbst ein Vitium cordis als die „Herzschwäche“. Man sollte, so sagt Verf., bei habituell schwachem und schnellem Pulse, der nicht in acuten Verhältnissen seinen Grund findet, nur im äussersten Nothfalle operiren. Zur Narcose wendet Verf. stets Chloroform an; von der *Billroth*'schen Mischung ist er zurückgekommen. Auf stetige Ueberwachung bezieht er seine guten Resultate, denn „Chloroformiren ist auch eine Kunst“. Ueber die Desinfection des Operateurs spricht sich der Verf. sehr präcise aus, zur Desinfection der Hände benützt er allein Sublimatlösung, dieselbe dreimal frisch angefertigt, dient zum dreimaligen Waschen vor jedem Eingriffe. „Die Uebertragung von Leichen ist gefährlich, aber ungleich gefährlicher ist das, was vom lebenden Menschen übertragen wird.“ Unter den Verhaltungsmassregeln, welche bei der Laparotomie behufs Erhaltung der Eigenwärme geübt werden, verdient auch das vom Verf. geübte einfache Verfahren hervorgehoben zu werden: „Dauert die Operation lange, ist der Puls schlecht, leidet augenscheinlich die Patientin unter dem Wärmeverluste, so lasse ich fortwährend auf die Brust und die Beine heisses Wasser aufgiessen.“ Der allgemeine Theil behandelt des Weiteren die Blutersparniss, die Schonung der Gewebe beim Operiren, die Drainage, die Toilette der Bauchhöhle, die Nahtmethode und Nachbehandlung, worauf des Näheren einzugehen uns der beschränkte Raum nicht gestattet, obwohl die Versuchung naheliegt, einiges Aphoristische zur Kennzeichnung zu entnehmen. Der zweite Abschnitt gilt der speciellen Ausführung der Operationen und werden hier angeführt: Ovariotomie (im Ganzen 66 Fälle mit 3 Todesfällen), Myomotomie (37 Fälle mit 4 Todesfällen), Adnexoperationen (30 Fälle mit 6 Todesfällen, bezüglich der letzteren wird hervorgehoben, dass es recht schwierige Fälle mit vielen alten Verwachsungen waren), Extrauteringravidität (im Ganzen 23 Fälle ohne Todesfall operirt), Ventrofixation (15 Fälle mit günstigem Resultate), Kaiserschnitt und *Porro*'sche Operation (7 Fälle mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind), Behandlung der Uterusruptur durch Laparotomie, Ileus nach Laparotomien, Bauchhernien, plastische Operationen, vaginale Exstirpation des Uterus (27 Fälle mit 2 Todesfällen), Exsudatoperationen. Bei den einzelnen Operationen bespricht der Verf. in anregendem Tone die Indicationen für den operativen Eingriff, die Technik des letzteren eingehend und



legt in kritischer Weise den gegenwärtigen Standpunkt der Frage dar, wobei interessante Fälle zur Erläuterung herbeigezogen werden. Die Fülle des Gebotenen wird durch den fesselnden Styl des Verf. doch zu einer leichten, angenehmen Lectüre, welche die Schwierigkeit des Stoffes nicht gelten lässt. Sagen wir es kurz, das Buch ist für jeden Arzt nützlich, für den Gynäkologen unentbehrlich und wir wünschen, dass dasselbe beispielgebend auf die „klinischen Berichte" anderer Specialisten wirken möge. Es wäre ein entscheidender Fortschritt in der Fachliteratur. Prof. *Kisch.*

407. ***Die Arzneimittel der organischen Chemie.*** *Für Aerzte, Apotheker und Chemiker bearbeitet von Dr.* ***Hermann Thoms.*** *Berlin, Verlag von Julius Springer, 1894.*

Verf. hat sämmtliche Arzneimittel, welche den organisch-chemischen Verbindungen zugehören, nach ihrer handelsüblichen Bezeichnung alphabetisch geordnet, die Zusammensetzung dieser Körper, soweit dies möglich war, durch die chemische Constitutionsformel ausgedrückt und bei jedem einzelnen Arzneimittel die Darstellung, die Eigenschaften und die Anwendung desselben in kurzer Fassung daran geknüpft. Die tabellarische Fassung des ganzen Werkchens macht dieses für die im Titel genannten Fachmänner zur raschen Orientirung in der grossen Zahl der synthetisch dargestellten neueren Arzneimittel sehr gut brauchbar.

—r.

408. ***Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.*** *Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr.* ***Albert Eulenburg.*** *Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt und Farbendrucktafeln. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage. II. Band (Antiseptica—Bauche). Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894.*

In rascher Folge nach dem Erscheinen des I. Bandes der dritten Auflage liegt nun schon der II. Band vor, welcher durch Aufnahme zahlreicher neuer Artikel: Arbeiterschutz *(Wernich)*, Armenkrankenpflege *(Wernich)*, Arthrodese *(Schüler)*, Augendurchleuchtung *(v. Reuss)*, Autoinfection *(Schwalbe)*, Autointoxication *(Samuel)*, Bacterien und Bacterienbeobachtung *(C. Günther)*, Baracke *(Villaret)*, ein rühmendes Zeugniss für das umsichtige Walten des Herausgebers darstellt, das Werk auch den weitgehendsten Anforderungen des ärztlichen Praktikers entsprechend zu gestalten — eine Aufgabe, deren vollkommene Lösung doch nur die lexikalische Anordnung des Stoffes gestattet. Eine Anzahl der in diesem Bande vorkommenden Artikel musste wegen des Ablebens der bisherigen Autoren zur Bearbeitung neuen Kräften übergeben werden, unter denen wir hervorragende Vertreter der neuen medicinischen Literatur wiederfinden. Als solche Artikel führen wir an: Anurie (diesmal *v. Noorden*), Aphakie *(Laqueur)*, Aphonie *(B. Baginsky)*, Aphten *(A. Baginsky)*, Athetose *(Eulenburg)*, Augenmuskellähmungen *(Mauthner)* u. v. A. Der grössere Druck, mit welchem diesmal die Verlagshandlung das Werk ausgestattet hat, findet ungetheilte Anerkennung. Die künstlerisch ausgeführte Farbendrucktafel, welche in diesem Bande das Capitel Bacterien illustrirt, ist nach Originalpräparaten von Dr. *Carl Günther* gezeichnet und stellt in 16 Bildern die für die ärztliche Praxis wichtigsten Bacterien dar. *—r.*

Kleine Mittheilungen.

409. ***Hirnabscess in Folge einer Entzündung des linken Sinus frontalis.*** *Von Dr. **Schindler**. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1893. 12. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894. 2.)*

Ein 21jähriger Soldat hatte Schnupfen mit folgendem Fieber und Kopfschmerz. Oedem der Nasenwurzel und des linken oberen Augenlides. Trepanation des Sinus frontalis mit Eiterentleerung. Tod im Coma mit Aphasie und Lähmung des rechten Armes; die Section ergab einen Abscess an der zweiten und dritten linken Stirnwindung.

410. ***Mittel, um die Hände des Chirurgen und Arztes vor der Einwirkung ätzender und reizender Antiseptica zu schützen.*** Der häufige Contact der Hände mit Carbolsäure und Sublimat veranlasst nicht nur ein sehr unangenehmes Kältegefühl, sondern macht die Haut rissig und aufgesprungen. Besonders für den Chirurgen bilden diese Risse eine beständige Gefahr der Infection. Das Waschen mit Wasser genügt nicht, man muss nach Gebrauch alkalischer Lösungen sich einer leichten Säurelösung bedienen, etwa Salzsäure, Oxalsäure oder Essigsäure 1 : 1000. Auch Seife ist brauchbar. indessen muss man die Hand ganz in Seifenschaum einhüllen, bevor man sie in's Wasser bringt. Die mit Säure benetzten Hände reinigt man mit Seife und Wasser, worauf man eine schwache Sodalösung (1 : 1000) anwendet. Hat man lange mit Carbolsäure zu thun gehabt, so ist es das beste Mittel, zuerst die Hände in Alkohol zu waschen, wozu auch denaturirter Spiritus genügt, dann sie mit Wasser und Seife zu waschen, hierauf sie zu trocknen und mit Lanolin einzufetten. *Vogel* räth, in demselben Falle zu dem die Hände bedeckenden Seifenschaum einen Kaffeelöffel pulverisirten Borax zuzufügen und die Hände mit dieser Mischung kurze Zeit zu reiben. Nach der Waschung mit Sublimat ist es am besten, die Hände einige Zeit in Kochsalz zu baden, und zwar in der Lösung 1 : 50, dann wäscht man sie mit Wasser und Seife, trocknet sie und fettet mit Lanolin ein. Um den Händen den unangenehmen Geruch des Jodoforms, Creosots, Guajacols zu nehmen, wasche man sie mit Leinsamenmehl und Wasser. Zur Desodorisation des Jodoforms ist ferner brauchbar das Kaffeepulver, Terpentin, Theerwasser, ätherisches Corianderöl, Zimmttinctur, Lavendelöl, Wintergreenöl, Pfefferminzöl, Anisöl etc. Das Waschwasser soll im Allgemeinen lauwarm sein. Die beste Seife ist die Kalitoilettenseife. Dem Lanolin kann Vanille- oder Rosenöl zur Verbesserung des Geruches zugesetzt werden. Um das so häufige Eczem zu vermeiden, ist es gut, sogleich nach der Operation sich die Hände kräftig mit Talcum einzustäuben, das man allstündlich erneuert. Das genügt, um nach 1—2 Stunden die Wirkung der Carbolsäure zu beseitigen. Das häufige Waschen auch mit nicht antiseptischen Mitteln führt nach längerer Zeit, besonders im Winter, Risse in der Haut der Hände herbei. Zur Beseitigung dieses Uebels reibe man sich die Hände sogleich nach dem Waschen und vor dem Trocknen der Hände mit folgender Mischung ein: *Aq. Rosae 90·0, Glycerin 30·0.* Glycerin allein reizt die Haut, macht die Hände rauh und braun. Man kann auch eine stark Glycerin enthaltende Seife gebrauchen oder nach *Hebra* eine Glycerin-Zinkoxydseife oder eine Salbe mit Glycerin und Borsäure, etwa von der Composition: *Acid. boric. pulverisat. 10·0, Glycerin 20·0, Lanolin 30·0.* Durch diese Salbe werden die Hände glatt und weich. Gegen die Risse empfiehlt *Steffen* folgende Pomade, zweimal täglich zum Anfstreichen: *Menthol 0·75, Salol 1·5, Ol. oliv. 1·5, Lanolin 45·0.*

(La méd. moderne. 1893. — Der prakt. Arzt. 1894. 2.)

Sitzungsberichte.

411. ***Ueber Influenzacomplicationen.*** *Von Prof. Dr. **Eichhorst**. Vortrag mit Krankendemonstrationen, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich am 20. Januar 1894. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 5.)*

Verf. erinnert, dass man heute der Krankheit viel ruhiger gegenüber steht, als im Jahre 1889/90, weil damals viele Aerzte die Krank-



heit nur aus den Büchern kannten; er habe von jener Epidemie noch eine Reihe von interessanten Nachkrankheiten gesehen, z. B. Diabetes mellitus, Diabetes insipidus, progressive Bulbärparalyse, Polyneuritis und Anderes. Schon Ende November 1893 habe der Verf. in dem ärztlichen Verein die Collegen aufmerksam gemacht, dass er sehr eigenthümliche Formen von Pneumonie auf der Klinik zu behandeln bekommen habe, die ihm den Gedanken nahegelegt hätten, dass es sich um Influenzaeinflüsse handle; es waren Pneumonien mit geringem Fieber, mehrfachen zerstreuten kleinen Herden, meist doppelseitig, nicht kritisch endigend, dagegen mit schwerem Ergriffensein des Allgemeinbefindens und häufigem tödtlichen Ausgang; seitdem hat der Verf. 31 solcher Fälle auf der medicinischen Klinik behandelt, und es zweifelt wohl kein Züricher Arzt daran, dass wir seit Wochen in Zürich eine ausgedehnte Influenzaepidemie haben. Verf. sah innerhalb einer Woche 3 Fälle von Pneumonie in Lungengangrän übergehen. Ein kräftiger junger Mensch war plötzlich mit Schüttelfrost unter pneumonischen Erscheinungen erkrankt, kam nach 10 Tagen mit einer linksseitigen serösen Pleuritis zur Aufnahme (die seröse Natur wurde durch Probepunction festgestellt). Nach 4 Tagen fötide Exspirationsluft, am nächsten Tage reichliche Expectoration von eiterigen Massen und Zeichen von Pneumothorax; nochmalige Probepunction entleert hämorrhagisches, eiteriges, stinkendes Exsudat aus der Pleurahöhle; Patient wurde auf die chirurgische Klinik verlegt und dort mit Erfolg operirt.

Die 2. Beobachtung betrifft einen Studenten der Theologie, der mit einer doppelseitigen Pneumonie zur Aufnahme gelangt; die Pneumonie verlief scheinbar günstig, aber am Anfang der 2. Woche bekommt Patient plötzlich stinkenden Auswurf, am nächsten Tage Zeichen von Pneumothorax, dessen jauchige Natur durch Probepunction festgestellt wurde; auch er wurde von Prof. *Krönlein* mit Erfolg operirt.

Endlich sah der Verf. noch in der consultativen Praxis eine junge Frau, welche vor 8 Tagen an einer handtellergrossen fibrinösen Pneumonie des Unterlappens erkrankte; sie hatte vor 2 Tagen beim Aushusten selbst den Geruch ihrer Ausathmungsluft bemerkt; hier dehnte sich allmälig der Lungenbrand über den Unter- und Oberlappen rechts aus, zu einer Perforation in die Pleurahöhle kam es nicht und die junge Frau ging in der 3. Krankheitswoche durch Kräfteverfall zu Grunde.

Von den beiden vorzustellenden Kranken ist die eine Mitte December unter den Erscheinungen eines Bronchocatarrhs, verbunden mit Frost, Fieber und Gliederschmerzen, erkrankt; kaum waren die Erscheinungen im Abnehmen begriffen, so bildete sich eine Schwellung der rechten Parotis aus; Patient musste vor 3 Tagen incidirt werden, da die geröthete und geschwollene Parotis an 2 Stellen deutlich fluctuirte und ausserdem der Eiter beim Oeffnen des Mundes theilweise aus dem Ductus Stenonianus ausfloss. Patient ist ganz fieberfrei und fühlt sich gut.

Der Eiter wurde bacteriologisch untersucht; es liessen sich in ihm neben dem Staphylococcus aureus auch sogenannte Influenzabacillen nachweisen.

Sehr viel ernster steht es um die 2. Patientin; sie liegt seit einigen Wochen auf der Abtheilung mit einem Eczem der Kopfhaut, welches geheilt war. Vor ungefähr 10 Tagen erkrankte sie fieberhaft unter den Erscheinungen des Bronchocatarrhs, zu dem sehr bald eine umschriebene Pneumonie im rechten Unterlappen hinzutrat; nach wenigen Tagen bekommt sie plötzlich um $^1/_2$4 Uhr Morgens einen heftigen Schmerz

im rechten Arm, der Arm ist pulslos, kalt und leichenblass, die Pulslosigkeit geht bis über die Art. subclavia hinaus; allmälig beginnen die Erscheinungen der Mumification an den Fingern und des feuchten Brandes am Unterarme und es dürfte der Tod in kürzester Zeit zu erwarten sein. Bei dieser Patientin wies man Bacillen nach, welche bei Färbung mit *Ziehl*'scher Carbolfuchsinlösung genau den Influenzabacillen glichen; Präparate werden unter dem Mikroskop demonstrirt. Dr. *Banholzer* legte auf Blut-Agar Culturen an; dieselben wuchsen nach der von *Pfeiffer* geschilderten Weise. P. S. Ob es sich bei der Patientin um eine Embolie oder Thrombose handle, wurde offen gelassen, doch die Embolie für wahrscheinlich erklärt, weil das Ereigniss so plötzlich eingetreten war; nichtsdestoweniger ergab die 2 Tage später ausgeführte Autopsie einen Thrombus in der rechten Art. subclavia.

***Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau** kosten 36 kr. = 60 Pf.;*
Einbanddecken** für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. **mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

412. *Ueber die Wasserretention im Fieber.*

Ein Beitrag zur Frage über die Bedeutung der Wasserzufuhr und der Auswaschung des menschlichen Organismus in Infectionskrankheiten.

Von Prof. Dr. ***Julius Glax***,
k. k. Regierungsrath und dirigirender Arzt in Abbazia.

Mit 53 Abbildungen im Texte. Abdruck aus der „Festschrift" für Alexander Rollett zur Feier seines 30jährigen Jubiläums als Professor. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1893. Gross-Quart. 44.

Die Frage, ob fiebernde Kranke in ihren Geweben Wasser aufspeichern, ist bisher nicht endgiltig entschieden, wenn auch die meisten Aerzte annehmen, dass die Harnausscheidung im Fieber zumeist eine erheblich verminderte ist. Verf. hat in 53 Fällen von Typhus abdominalis die Temperaturcurve, Flüssigkeitsaufnahme und Harnmenge tabellarisch im Ordinatensystem verzeichnet und gelangt auf Grund der in der Abhandlung in extenso mitgetheilten Aufzeichnungen und genau analysirten Fälle zu folgenden Schlüssen:

I. Die Harnmenge ist bei Typhus abdominalis im Fieberstadium sehr herabgesetzt und steigt nach eingetretener Defervescenz weit über das Normale. Es wird während des Fiebers Wasser im Körper aufgespeichert und durch eine in der Reconvalescenz auftretende Harnfluth wieder ausgeschieden.

II. Auch eine vorübergehende Temperaturerniedrigung steigert häufig die Harnmenge und ebenso kann durch kurz dauernde Steigerung der Körpertemperatur eine Verminderung der Diurese hervorgerufen werden. Nur Schüttelfröste mit darauf folgender Temperaturerhöhung bewirken meist ein plötzliches, rasch wieder schwindendes Ansteigen der Harnmenge.

III. Die Harnfluth tritt mitunter sofort mit dem Temperaturabfall ein, meist jedoch steigt die Harnmenge allmälig mit der Rückkehr der Normaltemperatur oder noch während des Fiebers bei beginnender Defervescenz, und ist dies insofern ein günstiges prognostisches Zeichen, als man in kürzester Frist die vollkommene Entfieberung erwarten darf. In einer grossen Anzahl der Fälle kommt es jedoch erst nach längerer Fieberlosigkeit zur Ausscheidung des aufgespeicherten Wassers.

IV. Das Absinken der Diurese im Fieber hängt in erster Linie von der Verminderung der Triebkraft des Herzens und der



Erniedrigung des Blutdruckes ab, denn in der ersten Krankheitswoche, in welcher das Herz noch kräftiger ist, sind die Harnmengen häufig noch normal, sinken am tiefsten in der zweiten und dritten Woche und steigen mit dem Schwinden des Fiebers und der zunehmenden Herzkraft wieder an.

V. In vereinzelten Fällen, in welchen offenbar die Herzarbeit und Accommodationsfähigkeit der Blutgefässe eine sehr günstige ist, wird, namentlich wenn die flüssigen Ingesta sehr niedrige sind, die Harnmenge durch das Fieber nur vorübergehend oder vielleicht gar nicht beeinflusst.

VI. Eine zur vermehrten Flüssigkeitsaufnahme proportionale Steigerung der Diurese bei Typhuskranken findet gewiss in der Mehrzahl der Fälle nur im Stadium der Defervescenz statt. Das Ausscheidungsvermögen während des Fiebers ist ein eng begrenztes und scheint sich die Diurese in der Regel um so günstiger zu gestalten, je geringer die flüssigen Ingesta sind.

Es stimmen demnach die Erfahrungen von Verf. mit jenen von *Leyden*, *Botkin* und *Naunyn*, welche eine Wasserretention im Fieber beobachteten, überein. Verf. wendet sich gegen die Annahme von *Sahli*, dass bei lang dauernden fieberhaften Infectionskrankheiten und namentlich bei Typhus abdominalis eine Verarmung der Gewebe an Wasser eintrete und spricht sich gegen die von *Cantani* und *Sahli* ausgesprochene Möglichkeit aus, die Gewebe Fiebernder durch rasche Wasserzufuhr auszuwaschen oder doch hierdurch den typhösen Process günstig zu beeinflussen. Ausser *Sahli* haben noch *Cantani*, *Valentini*, *Mazkewitsch* und *Puritz* den Einfluss reichlicher Wasserzufuhr bei Typhus abdominalis untersucht und die Zunahme der Diurese betont, ohne jedoch die Harnquantitäten mit der Menge der flüssigen Ingesta zu vergleichen. *Valentini* findet den Grund der günstigen Wirkung grosser Wasserzufuhr nicht in der Entfernung der Gifte, sondern ist der Meinung, dass jeder von einer schweren Infectionskrankheit befallene Mensch dauernd in einem Durst- und Hungerzustande ist, welchem gesteuert werden muss. Von einer ähnlichen Anschauung geleitet, versuchten *Mazkewitsch* und *Puritz* ihren Kranken neben reichlicher stickstoffhaltiger Nahrung grosse Wassermengen zuzuführen. Nach den Untersuchungen von Verf. ist eine Verarmung der Gewebe an Wasser während des Fiebers bei Typhuskranken nicht vorhanden. Auch der Werth der reichlichen Zufuhr stickstoffhältiger Substanzen erscheint ihm sehr zweifelhaft; vielleicht spielt bei den Gewichtsverhältnissen Typhuskranker neben dem Fieber der Wassergehalt der Gewebe insofern eine Rolle, dass manche Patienten bei reichlicher Diurese in der Reconvalescenz noch weiter abnehmen oder doch nur minimale Zunahmen aufzuweisen haben. Wenn nun nach den Untersuchungen von Verf. im Typhus abdominalis keine Wasserverarmung der Gewebe stattfindet und eine Auswaschung des fiebernden Organismus wegen der Flüssigkeitsretention nicht möglich ist, so könnte der Vortheil einer vermehrten Aufnahme kalten Wassers nur in ihrer temperaturherabsetzenden Wirkung bestehen. Auf eigene Erfahrungen und auf die Angaben von *Gintl*, *Hauber*, *Hoesslin* und *Wilischanin* gestützt, hat Verf. seinen Typhuskranken im Allgemeinen nur geringe Flüssigkeitsmengen, meist

nur 1000—1400 Ccm. pro Tag, verabreicht und dabei wesentlich niedrigere Temperaturen beobachtet, als dies in der Regel der Fall ist. Demgemäss zweifelt Verf. an der temperaturerniedrigenden Wirkung der Aufnahme kalten Wassers bei Typhuskranken und hält dafür, dass eine **Verminderung** der Flüssigkeitsaufnahme die Körpertemperatur herabsetzt. Damit soll aber nicht gesagt sein, dass bei Gesunden nicht der Satz gelte, dass das Trinken kalten Wassers die Pulsfrequenz und die Temperatur des Körpers herabsetzt, während die Diurese steigt. Doch schliesst diese Thatsache nicht aus die Richtigkeit der Beobachtungen, welche *Oertel*, Verf., *Friedrich* und *Stricker* bei Kranken machten, welche an Circulationsstörungen leiden. Diese Beobachtungen führten zu dem Satze: das Trinken kalten Wassers kann eben nur dann den Puls und die Körpertemperatur unter gleichzeitiger Steigerung der Nierenthätigkeit herabmindern, wenn der Kältereiz genügt, um die Herzaction und den Blutdruck günstig zu beeinflussen. Sobald die Energie des Herzens und die Accommodationsfähigkeit der Gefässe gesunken ist, wird das Wasser im Körper aufgespeichert und, wie die Untersuchungen von Verf. und *Oertel* sattsam beweisen, wirkt dann nicht die Steigerung, sondern vielmehr die Entziehung der Flüssigkeitsaufnahme diuretisch. Ob die Circulationsstörung durch chronische Erkrankung des Herzmuskels und der Gefässe oder durch eine acute Schädigung des Herzens und einer Entspannung der Gefässwände hervorgerufen wurde, ist dabei ganz gleichgiltig, und so erklärt es sich auch, warum im Fieber eine Wasserretention stattfindet, welche erst bei eintretender Defervescenz, und zwar je nachdem sich das Herz und die Gefässe schneller oder langsamer erholen, auch früher oder später zu einer Polyurie führt. *Loebisch.*

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

413. ***Zur Bestimmung der unteren Lebergrenze.*** *Von Dr.* ***Verstraeten****, Gent. (Semaine méd. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 23.)*

Für jene Fälle, in denen eine Percussion und Palpation der Lebergegend wegen Schmerzhaftigkeit dieser unmöglich ist, empfiehlt Verf. die Leber zu auscultiren. Wegen der Consistenz der Leber und ihrer der Herzspitze benachbarten Lage pflanzen sich die Herztöne sehr gut fort, so dass man dieselben mit dem Stethoskop im ganzen Bereich der Leber deutlich hört; sobald aber das Stethoskop den Leberrand überschreitet, bemerkt das Ohr sofort eine plötzliche Abschwächung der Herztöne oder dieselben sind überhaupt nicht mehr zu hören. Auf diese Weise lässt sich auch der obere Leberrand bestimmen; hier hat man aber immer durch die Percussion und Auscultation der Lungen genügend sichere Resultate. Die Methode missglückt, wenn die Herztöne an der Spitze sehr schwach sind, in den übrigens äusserst seltenen Fällen, wo zwischen Leber und Herzspitze ein Theil der Lunge dazwischen geschoben ist, und endlich da, wo die Bauchwände durch Ascites oder Tympanie zu sehr ausgedehnt sind. Da bei gespannten Bauchmuskeln die Herzgeräusche durch diese fortgepflanzt werden, so empfiehlt es sich, den Patienten sitzend zu auscultiren.



414. ***Ueber Albuminurie im Anschluss an den Geburtsact.*** *Von Dr. **W. Friedeberg**, Assistenzarzt am städt. Krankenhause Magdeburg-Altstadt. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 4.)*

Was das Zustandekommen der Albuminurie durch den Geburtsact betrifft, so pflichtet Verf. der Ansicht von *Aufrecht* bei, welche dahin geht, dass die post partum auftretende Albuminurie als eine Folge der Wehenthätigkeit angesehen werden muss. Die mit letzterer verbundene Arbeit der Thoraxmusculatur bei geschlossener Glottis bewirke eine Stauung im Venensystem, die sich weiter auf die Nierenvenen erstreckt, und deren Folge ein Durchtritt von Albumen in die Harncanälchen ist. In Betreff der Procentzahl der Fälle, in welchem im Anschluss an die Geburt Albuminurie auftritt, fand Verf. bei einer Zahl von 130 Wöchnerinnen überhaupt 58mal unmittelbar post partum Eiweiss, also in 44·6% der Fälle. Von diesen 58 hatten jedoch 7 schon in der Gravidität Eiweiss, so dass also bei 51 oder in 39·2% bis dahin Gesunder, beziehungsweise Eiweissfreier lediglich post partum Albuminurie festgestellt werden konnte. Das plötzlich nach dem Geburtsact aufgetretene Eiweiss verschwand gewöhnlich nach 24—48 Stunden, nur in 2 Fällen war der Urin erst am 3., respective 4. Tage eiweissfrei. Da, wo der Harn nicht 24 Stunden post partum normal war, bestand meist eine Albuminurie höheren Grades, die dann allmälig zurückging. Es ist bekannt, dass schwerere Nierenaffectionen bei der Gravidität und im Puerperium bei Erstgebärenden bedeutend häufiger vorkommen, wie bei Mehrgebärenden. Von Vornherein schon musste hiernach erwartet werden, dass dies Verhältniss auch bei leichteren Störungen in der Nierencirculation statthat; und dies ist auch in der That der Fall. Unter den von Verf. beobachteten Fällen kommen vor: Multiparae 18, beziehungsweise 40%, Primiparae 33 oder 59%. Die Mehrgebärenden sind deshalb günstiger gestellt, weil bei ihnen ein geringerer Aufwand der Wehenthätigkeit nöthig ist. Aber auch bezüglich der Quantität des Eiweiss befinden sich die Primiparae in ungünstigerem Verhältniss. Die beigefügte Tabelle, welche die von Verf. untersuchten Fälle, bei denen überhaupt Eiweiss constatirt wurde, enthält, gibt genauere Auskunft. Die eingeklammerten Zahlen bezeichnen die Fälle, wo bereits vor oder im Beginn der Wehenthätigkeit Albumen vorhanden war.

Eiweissmenge	Primiparae	Multiparae
weniger als $^1/_4$ ‰	10	11
$^1/_4$—1 ‰	13	7
1—2 ‰	7 (1)	—
mehr als 2 ‰	3 (5)	— (1)
Summa	33 (6)	18 (1)

Von grosser Bedeutung erscheint Verf. die Geburtsdauer zu sein: Eine lange Dauer der Wehen begünstigt, ebenso wie eine grosse Kraft derselben das Auftreten der Albuminurie, und die Wöchnerinnen, bei denen die Geburt durch Kunsthilfe beendet werden muss, werden demnach besonders zur Entstehung einer Albuminurie disponirt sein. Die Beobachtung von *Radomyski*, dass im eiweisshaltigen Urin Cylinder nie vermisst werden, konnte Verf.



durchaus nicht bestätigen. Er konnte nur in 3 von den 51 Fällen, also kaum in 6%, Cylinder constatiren. Stets fanden sich die Cylinder nur spärlich und verschwanden spätestens am 4. Tage zugleich mit dem Eiweiss, in einigen Fällen früher als letzteres.

415. ***Appendicitis (Entzündung des Wurmfortsatzes).*** *Von Prof.* ***Duplay.*** *(Méd. mod. 1893. 53. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 26.)*

Die anatomischen Merkzeichen der Appendicitis sind Entzündungsphänomene mit Infiltration der Wände, Retention des Secretes des Wurmfortsatzes und Ausdehnung desselben, Ulceration der Schleimhaut, Gangrän der Wände, demgemäss Perforationen bald klein, bald sehr ausgedehnt bis zur Zerstörung des ganzen Organes, die sich auf's Coecum fortpflanzen kann. Meist liegt die Perforation an der Spitze, zuweilen sind die Oeffnungen multipel. Die Periappendicitis ist fast stets intraperitoneal, nach *Maurin* nur in 5% der Fälle extraperitoneal. Die Entzündungen des den Wurmfortsatz umgebenden Peritoneums sind in ihrer Intensität und Schwere verschieden. Ist die Entzündung des Wurmfortsatzes chronisch, dessen Gangrän nur langsam eintretend, so bildet sich eine circumscripte Peritonitis und der Abscess etablirt sich in der Fossa iliaca; geht die Gangrän rapide vor sich, findet die Perforation bald, mitunter in 48 Stunden, statt, so ist die Folge allgemeine Peritonitis, die dadurch besonders gefährlich ist, dass die Darmmikroben, besonders der Bacillus coli communis, in die Bauchhöhle gerathen. Die Aetiologie der Appendicitis lehrt, dass dieses Leiden in $^3/_4$ der Fälle beim Manne vorkommt und im Alter von 10—25 Jahren am häufigsten ist. Die Ursache der Entzündung ist meist ein Fremdkörper, so z. B. Fruchtkerne, Fischgräten, Geldstücke etc., so auch Gallensteine, Ascariden, am häufigsten sind die in den Appendix eingedrungenen Fremdkörper, Kothsteine (50%). Der Fremdkörper veranlasst die Entzündung mit ihren Folgen, einmal, wenn er zu gross ist, dann, weil er allmälig wächst. Dann tritt Obliteration des Lumen ein durch die Ausfüllung seitens des Steines, ferner Druck auf die Wände durch Retention der Secrete, so wird die Ernährung gehindert, es kommt zur Entzündung, Ulceration, Gangrän. Wichtig ist, dass eine der häufigsten Geschwülste des Wurmfortsatzes die Cyste darstellt. Es ist bei einer cystischen Erweiterung die Gefahr der Perforation noch grösser, wichtig sind ferner die Ulcerationen durch Tuberculose, Typhus abdominalis und Dysenterie als accidentelle Gelegenheitsursachen. Den Symptomen entsprechend sind drei Formen der Appendicitis zu unterscheiden: 1. die appendiculäre Kolik, 2. die einfache chronische Appendicitis, mit oder ohne Periappendicitis, 3. die perforirende Appendicitis. Die erste Form entsteht, wenn ein Fremdkörper, meist ein Kothstein, plötzlich in den Wurmfortsatz eintritt. Plötzlich entsteht ein blitzartiger Schmerz, der bisweilen durch seine Heftigkeit Syncope des Patienten bewirkt. Der Schmerz ist genau in der Fossa iliaca begrenzt, oft kommt Erbrechen, Uebelkeit, Stuhlverstopfung, Meteorismus, Fieber zu Stande. Dieser Zustand dauert einige Stunden bis ein oder zwei Tage, am häufigsten geht er in Heilung über, doch sind Recidive sehr häufig, bei demselben Patienten bis 6 oder 7 Mal. Es ist wahrscheinlich, dass kein neuer Fremdkörper eindringt, sondern der alte eine Zeit lang



tolerirt wird, bis er nach Vergrösserung seines Volumens einen neuen Anfall einleitet. Die zweite Form, die Appendicitis chronica s. subacuta simpl., kann ohne oder mit der Complication der Periappendicitis vorkommen. Hier kommt es zu den bekannten Erscheinungen der Anschwellung, es bildet sich ein Tumor, der meist der Fossa iliaca entspricht, länglich ist, den Umfang eines Daumens besitzt, auf Druck schmerzhaft, es ist der vergrösserte Wurmfortsatz. Ueberschreitet das Volumen des Tumors Daumendicke, so hat sich Periappendicitis zugesellt. Dann kann die Anschwellung die Grösse eines Hühnereies erreichen. Die Appendicitis subacuta kann in Genesung übergehen, selbst bei bedeutendem Volumen, oft aber kommt es zur Eiterung, meist dann zur Perforation; es entwickelt sich so die dritte Form. Meist kommt es erst nach geraumer Zeit zur Perforation, zuweilen aber schon nach 48 Stunden. Bei der Appendicitis perforans sind die Symptome verschieden, je nachdem sich eine Periappendicitis bildet oder nicht. Sind im Momente der Perforation dichte Adhäsionen da, so bildet sich ein intraperitonealer circumscripter Abscess. Es ist gewöhnlich, wie gesagt, ein Abscessus ileo-inguinalis oberhalb des Fallopischen Bogens. Sind die Adhäsionen ungenügend, so entsteht Peritonitis diffusa septica mit raschem Tod. Die Appendicitis kann alle drei Formen nacheinander annehmen oder sich auf eine beschränken. Die Differentialdiagnose zwischen Typhlitis und Appendicitis ist meist unmöglich zu stellen, das einzige unterscheidende Zeichen ist, dass man bei der Typhlitis in der Fossa iliaca einen Tumor findet, der die Gestalt einer Wurst hat, hart, resistent, schmerzhaft ist und einen dumpfen Schall gibt. Doch ist daran zu denken, dass die Typhlitis im Verhältniss zur Appendicitis sehr selten ist. Verwechslungen der Krankheit sind möglich mit Nierenkoliken, circumscripten Peritonealabscessen von einer Hepatitis oder einer Erkrankung der Genitalorgane herrührend, besonders ähnlich ist die Salpingitis. Prognostisch lässt sich die Affection günstig beurtheilen, die Statistik von *Guttmann* ergibt in 96 Fällen 5 Todesfälle, die von *Leyden* nur 5%, die von *Fürbringer* unter 124 Fällen 12. Es trübt aber die Prognose, dass die ungünstigen Fälle absolut letal sind, dass ferner Recidive häufig sind. Die Therapie ist je nach der Appendicitis verschieden. Handelt es sich um die appendiculäre Kolik, so ist die Immobilisation des Darmes durch absolute Ruhe, Opium, Milchdiät, Eisblase streng geboten; geradezu frivol ist die Anwendung von Klystieren und Abführmitteln, wenn man bedenkt, dass das Leiden eventuell eine stets intraperitoneale Complication nach sich ziehen kann. Bei der Appendicitis subacuta mit Periappendicitis ist ebenfalls eine stricte Indication gegeben, wenn sich der Abscess gebildet hat nach Perforation der Wand. Dann ist sobald als möglich oberhalb des Arcus Fallopiae zu incidiren, der Abscess zu öffnen, der Wurmfortsatz zu reseciren und Drainage mit Jodoformgaze am Platze; ist der Wurmfortsatz nicht in der Wunde zu finden, so ist die Heilung nach Incision der Natur zu überlassen. Ist aber nicht die eben erwähnte circumscripte Peritonitis, sondern allgemeine Peritonitis eingetreten, so ist die Laparotomie und Toilette der Bauchhöhle möglichst früh indicirt, der Wurmfortsatz zu reseciren. Bei Recidiven ist, sobald eine erkennbare Anschwellung und Fieber sich zeigen, chirurgisch zu verfahren.

416. ***Ueber acute nervöse Erschöpfung.*** *Von Dr.* ***Arthur Schwarz****, Budapest. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 5. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 30.)*

Ein gesunder, kräftiger Mann, mit einem Gewicht von 90 Kilo, erkrankte in Folge eines in seiner Familie eingetretenen Trauerfalles (Tod seiner Tochter nach 3monatlichem Krankenlager) ziemlich plötzlich; er klagte in den letzten Tagen vorher über Schmerzen in den Extremitäten und im Kreuz und im Augenblicke des Todes der Tochter brach er vollständig zusammen. Die Schmerzen steigerten sich in's Ungemessene, namentlich waren die Nerven in ihrem Verlaufe sehr empfindlich; am stärksten waren die Arme und der Rücken betheiligt. Es bestand vollkommene Schlaf- und Appetitlosigkeit, so dass Patient innerhalb 8 Wochen 40 Kilo an Gewicht abnahm. Der Puls war zuerst sehr beschleunigt (140 bis 150) und unregelmässig. Die Temperatur schwankte zwischen 35·8 bis 37·9. Der Urin zeigte mehrmals Eiweiss, jedoch enthielt er keine geformten Bestandtheile. In der zweiten Woche stellten sich theilweise Parese des linken Facialis, auffälliges Zittern der Lippen und der Zunge, Schlingbeschwerden und Speichelfluss ein. Die Pupillen waren eng, fast ohne Reaction; es besteht starke Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusch; ungemeine musculäre Kraftlosigkeit; die Stimmung des Patienten ist sehr gedrückt. Von Medicamenten erwiesen sich gegen diesen Zustand Brompräparate, Chloralhydrat, Morphium innerlich als erfolglos, ebenso Sauerstoffinhalationen. Hingegen bewirkten subcutane Injectionen von grossen Morphiumdosen (0·02) prompte Besserung. Schmerzlosigkeit und Schlaf trat ein, die Pulszahl sank auf 100, der Puls wurde voller und regelmässiger. In der späteren Zeit, in der mit Morphium nicht gespart wurde, verschwanden allmälig die übrigen Symptome. Allerdings wurde der Patient ein Morphinist, indem sich alle Symptome beim Nachlassen der Morphiumwirkung wieder zeigten. Die tägliche Dosis, die bald auf 0·1 Grm. stieg, betrug zwar nach 2 Monaten nur 0·04—0·06, doch musste der Patient noch eine Entwöhnungscur durchmachen. Nach 2 Jahren ist der Patient wieder vollkommen gesund. Dieser Krankheitszustand, der auch als acute Neurasthenie bezeichnet wird, steht gewissen Formen der traumatischen Neurose am nächsten, bei der man auch meist keine Disposition zu nervösen Erkrankungen findet. Es gibt auch Fälle von traumatischer Neurose, die ebenso schwer verlaufen, und die selbst letal endigen. Für die Behandlung solcher Fälle sind die Opiate zwar keine Specifica, und es wäre besser, wenn man ohne sie auskäme, jedoch soll man sich durch die Furcht vor einer schädigenden Einwirkung auf das Herz von dieser Medication nicht abhalten lassen. Die Opiate haben im Gegentheil eine beruhigende Wirkung auf das Herz, und gerade Patienten mit grossen Schmerzen vertragen grosse Mengen von Opiaten.



Neuere Arzneimittel.

417. ***Milchsaures Cocain gegen Blasentuberculose.*** *Von Dr.* ***Hermann Wittzach****, Frankfurt a. M. (Centralbl. f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Bd. V, Heft 2.)*

Das Cocainum lacticum ist eine weisse Masse von honigartiger Consistenz, die sich im Wasser leicht löst. Es stellt eine sehr labile Verbindung dar, die gleich den anderen organischen Salzen des Cocains (Phenylat-Benzoat-Phtalat) sehr leicht gespalten wird, so dass man anzunehmen berechtigt ist, dass durch den sauren Blaseninhalt freies Cocain und freie Milchsäure gebildet wird. Nimmt man mit *Bignon* (Bull. gén. de thérap. vom 29. Februar 1892) an, dass freies Cocain viel besser anästhetisch wirkt als die Salze, so hat man eine Erklärung für die schnelle und gute Wirkung des gespaltenen Cocainlactates in dieser Hinsicht. Die nämliche Spaltung wird eintreten, wenn wir in der Blase alkalische Flüssigkeiten haben, welche die Milchsäure sättigen und das Cocain frei machen. Verf. rathet nun, bei Blasentuberculose nach Entleerung der Blase zunächst mit der Injection von täglich einem Gramm folgender Lösung zu beginnen:

Rp. *Cocain. lactic. 1·0*
Aq. dest. 9·0

und allmälig vier Theile Wasser durch reine Milchsäure zu ersetzen und von der dann lautenden Receptformel

Rp. *Cocain. lactic. 1·0*
Aq. dest. 5·0
Acid. lact. 4·0

wöchentlich 1—2mal ein Gramm zu injiciren. Für die Beurtheilung der Wirksamkeit der Behandlungsmethode ist genau zu unterscheiden, ob die Blasentuberculose mit Nierenbeckentuberculose combinirt ist, oder ob es sich überhaupt nur um Pyelitis tuberculosa handelt. Bei der ersten dieser beiden Möglichkeiten wird die locale Behandlung nur von sehr relativem Werth sein können, da ja die pathologischen Veränderungen der erkrankten Blase der Milchsäuretherapie allein zugänglich sind, und letztere wird ganz überflüssig bei der ausschliesslichen Erkrankung der Nierenbecken.

418. ***Stypticum aus thierischer Substanz. — Zellfibrinogen.*** *Von Dr.* ***Wright****. (New York Med. Record. 1893. 20. Mai. — Memorabilien. 1894. 24. März.)*

Nach einer Reihe von Versuchen, welche die Möglichkeit erwiesen, durch Substanzen, welche physiologisch Gerinnung erzeugen, die Neigung zu Hämorrhagien zu vermindern, sowie letztere selbst zu unterdrücken, beschrieb Verf. in einem Artikel der „Lancet“ ein darauf gerichtetes Verfahren mit „Fibrinferment“ und Chlorkalk unter Angabe befriedigender Experimente. In der „Lancet“ vom 25. Februar 1893 folgt nun die Angabe einer neuen Bereitungsweise, welche ein noch viel wirksameres Product geben soll, als die früheren: „Die Thymusdrüse eines Kalbes wird in einer Wurstmaschine in eine feine Pulpa verwandelt und mit 3 bis 4 Liter einer 1—2%igen Lösung von kohlensaurem Natron, welcher 5 Grm. Chloroform pro Liter zugefügt wurden, durch 24 bis 36 Stunden unter wiederholtem, gründlichem Umrühren extrahirt.



Die ganze Drüsensubstanz ist dann fast vollständig in der leicht alkalischen Flüssigkeit gelöst, wird durch ein feines Tuch gepresst und nach Beimischung von 1% Chlorkalk in wohlverkorkten Flaschen verwahrt.“ Um den beträchtlichen Niederschlag von kohlensaurem Kalk bei dieser Beimischung zu verhüten, ist es rathsam, das Thymusextract vor der Beimischung des Kalkchlorids mit verdünnter Salzsäure leicht anzusäuern. Die leichte Alkalescenz ist sodann durch Hinzufügen einer schwachen Natronlauge wieder herzustellen. Das Stypticum hält sich beliebig lange Zeit, wenn die Verdunstung des Chloroforms verhütet wird. Mit dem so bereiteten Stypticum vermochte Verf. die Blutung von der quer durchschnittenen Carotis und Femoralarterie eines Hundes zu stillen. Die Wirkung des Stypticums wurde durch 1—2 minutenlange Compression der Arterien unterstützt. Das Mittel kann mittelst eines Tampons auf jede blutende Fläche applicirt werden, wo von strenger Asepsis abgesehen werden kann. Durch Kochen ist es völlig aseptisch zu machen nach Hinzufügen einer genügenden Quantität von Natronlauge, um die albuminösen Substanzen in Lösung zu erhalten. Freilich wird durch das Kochen die coagulirende Wirkung erheblich abgeschwächt, wenn auch nicht gänzlich vernichtet. Chemisch wird das Stypticum als „Gewebssolution“ oder „Zellfibrinogen“ vom Verf. bezeichnet, — eine zuerst von *Wooldridge* in England und *Arthus* und *Pagès* in Frankreich entdeckte Substanz.

419. ***Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mit Lactophenin.*** *Von Prof. R. v. Jaksch, Prag. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 11.)*

Das Lactophenin ist ein Phenetidin, in welchem die an dem Ammoniakrest haftende Essigsäure durch Milchsäure ersetzt ist, also Lactylphenetidin. Dasselbe ist in Wasser löslich und bildet ein krystallinisches Pulver von leicht bitterem, nicht unangenehmem Geschmack. Das Mittel ist bereits von ärztlicher Seite gegen eine Reihe von Affectionen, als Influenza, Gelenkrheumatismus etc., versucht worden. *Schmiedeberg* (Strassburg) hebt besonders seine beruhigenden Wirkungen hervor. Verf. hat mit diesem Mittel bis jetzt 18 Fälle von Typhus abdominalis behandelt. Der Verlauf war ein überraschend günstiger. Unter diesen Fällen befanden sich solche mit tagelang andauernden Temperaturen über 40° C., grosser Benommenheit des Sensoriums und hochgradiger Prostration der Kräfte, welche Symptome jedweder anderen Behandlungsweise trotzten, ferner Fälle mit schweren Erscheinungen von Seiten der Nieren, weiter solche mit schweren hypostatischen Pneumonien. Bezüglich der Verabreichung und Dosirung ist es am zweckmässigsten, das Lactophenin in Amylumkapseln, und zwar 0·5 bis 1 Grm. pro dosi, zu verabreichen. Je nach der antipyretischen und beruhigenden Wirkung, die es in dem einzelnen Falle hervorruft, kann man diese Dosen im Verlaufe des Tages repetiren und bis 6 Grm. pro die steigen. Irgend welche schädlichen Wirkungen wurden bis jetzt von diesem Mittel nicht gesehen. Das Lactophenin wurde ausser in den 18 Fällen von Typhus noch bei 33 der verschiedensten Krankheitsfälle, als Polyarthritis, Influenza, Scarlatina, Sepsis u. s. w. verabreicht. Von schädlichen Neben-



wirkungen, welche sonst bei Verabreichung von Mitteln aus der Gruppe der Anilide so häufig beobachtet werden, fehlte in allen Fällen die Cyanose, desgleichen traten kein Erbrechen, keine Exantheme ein. Auch anderweitige Nebenwirkungen, als Schwindel, subjectives Unbehagen, traten niemals auf. Nur ein Fall machte hier eine Ausnahme; nach der ersten Dose von einem $^1/_2$ Grm. trat Erbrechen und Unwohlsein ein; die nächsten Dosen wurden dann ohne jedwede Beschwerde ertragen und wirkte das Mittel auch in diesem Falle ebenso günstig wie in den anderen 17 Fällen. Zweimal wurde während der Lactophenintherapie etwas arhythmischer Puls beobachtet. Auch von Seite des Blutes und des Harns wurden keine Symptome beobachtet, welche für eine schädigende Wirkung auf die genannten Flüssigkeiten sprechen würden. Der Harn zeigt in den mit Lactophenin behandelten Fällen die Para-amidophenol-Reaction. Die günstigen Wirkungen, welche das Lactophenin immer entfaltet, sind: zunächst in Dosen von 0·5—1 Grm. prompte Temperaturerniedrigung. Nach Verf. treten die darnach eintretenden Temperaturerniedrigungen bisweilen bei entsprechender Dosirung allmälig ein und halten stundenlang an, der dann erfolgende Temperaturanstieg geht nicht mit Schüttelfrost einher, auch dann, wenn Abstieg und Anstieg der Temperatur rasch erfolgt. Ueberdies wirkt das Lactophenin auch ungemein beruhigend auf die Typhuskranken. Die Delirien schwinden, das Sensorium wird frei, und die Kranken erfreuen sich alle ohne Ausnahme eines subjectiven Wohlbefindens, wie Verf. es bis nun bei keiner anderen Behandlungsart des Typhus beobachtet hat. Auffallend ist, dass weiter bei Allen sich sehr rasch Hungergefühl einstellte, ja — dass die meisten Fälle, sobald durch einige Tage ihnen Lactophenin verabreicht worden war, abgelaufen waren.

420. ***Hydrogenium hyperoxydatum bei membranösen Rachenaffectionen.*** *Von Dr. Williams. (The therap. Gaz. 1894. 15. Jänner. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 4.)*

Kali chloricum in zu grossen Dosen ist gefährlich. Argentum nitricum wirkt zu oberflächlich. Acidum chromicum zu giftig, Jod und Brom zu reizend. Papain und ähnliche Mittel haben sich nicht bewährt. Eisenchlorid ist verwendbar, aber vorsichtig anzuwenden. Sublimat 1 : 10.000 tödtet die Bacillen nicht. Verf. empfiehlt eine Lösung von Hydrogenium hyperoxydatum 12—24%, welche bei saurer Reaction die Bacillen in wenigen Secunden, bei neutraler nach längerer Zeit tödtet. Der Säuregrad braucht nur sehr gering zu sein, $^1/_2$ bis 1%. Die Anwendung geschieht am besten mittelst dünner Spritze oder Spray zweistündlich am Tag, vierstündlich Nachts.

421. ***Hämatoporphyrin im Harn nach Trional.*** *Von Dr. Ernst Schultze. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 7. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. April.)*

Die unangenehmen Nebenwirkungen des Sulfonal waren Veranlassung, dasselbe durch Trional zu ersetzen. Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Schluss, dass Trional als Schlafmittel vor Sulfonal wegen des schnelleren Eintrittes und der grösseren Milde der Wirkung, sowie wegen des Mangels einer Cumulation den Vorzug verdiene. Inzwischen hatte man auch



einige unerwünschte Nebenwirkungen nach Trionalgebrauch eintreten sehen, wie Müdigkeit beim Erwachen oder Verdauungsstörungen leichteren Grades, in nur wenigen Fällen Ataxie oder schwere Benommenheit mit starker Cyanose und Erbrechen. *Koppers* machte insbesondere auf den nachtheiligen Einfluss des Trionals auf die Herzthätigkeit bei Herzfehlern aufmerksam. Verf. pflichtet ihm bei, wenn er vor dessen Anwendung bei Herzfehlern mit Compensationsstörung warnt. Verf. theilt einen Fall mit, in welchem nach Verabreichung von Trional — die Kranke bekam abendlich $^1/_2$—$1^1/_2$ Grm. und hatte im Ganzen 24—25 Grm. bekommen — Hämatoporphyrin im Harne auftrat. Er macht darauf aufmerksam, dass alle Fälle von Sulfonalvergiftung, wie auch der vorliegende von Trional-Intoxication weibliche Individuen betrafen. *Beyer* weist darauf hin, dass nach seinen Beobachtungen unangenehme Erscheinungen von Trionalwirkung bei Weibern nach weit geringeren Mengen auftraten als bei Männern. Man muss mit der längeren Verabfolgung von Trional sehr vorsichtig sein, man muss immer auf den Urin achten und das Schlafmittel sofort aussetzen, wenn der Harn die charakteristische rothe Färbung (*Loebisch* vergleicht sie mit der einer alkoholischen Lösung von Drachenblutharz) annimmt, dies gilt, wenn von Sulfonalwirkung auf Trionalwirkung ein Rückschluss gestattet ist, umsomehr, als nach *Schäffer* das Erscheinen von Hämatoporphyrin im Urin eines der allerersten Zeichen der eingetretenen Vergiftung sein kann.

422. ***Die therapeutische Anwendung des Tolysals.*** *Von Dr.* ***Stanislaus Klein,*** *Assistent der med. Klinik von Prof. Stolnikow in Warschau. (Allgem. med. Central-Ztg. 1894. 9.)*

Verf. hat bei nachfolgenden Affectionen Versuche mit dem Tolysal angestellt und ist zu nachstehenden Resultaten gekommen: 1. Acuter Gelenkrheumatismus (12 Fälle). Schon nach eintägiger Darreichung des Tolysals liess sich eine Abnahme der Gelenkschmerzen wahrnehmen, während die Temperatur fast bis zur Norm sank; am nächsten Tage begann auch die Gelenkanschwellung zu schwinden, nach 3 Tagen, selten nach 4, war der Patient geheilt. In zwei als Recidive zu betrachtenden Fällen fiel die Temperatur erst am 3. Behandlungstage. Etwas langsamer wichen die Krankheitserscheinungen in einem Falle von chronischem Gelenkrheumatismus. 2. Influenza. Er hält sich berechtigt, das Tolysal als Specificum gegen Influenza zu bezeichnen. Nach 2 Dosen von je 2 Grm. dieses Mittels wurde die Temperatur unter das Normalniveau herabgesetzt, es brach heftiger Schweiss aus, die Dyspnoe schwand. 3. Neuralgie. In zwei typischen Fällen von fieberhafter Ischias erzielte Verf. ausgezeichnete Resultate nach 4tägiger Anwendung des Tolysals. In einem Falle wurde gleichzeitig ein Vesicans verordnet, im zweiten Falle wurde ausschliesslich Tolysal mit demselben guten Erfolge angewendet. Das Tolysal wurde auch in 11 Fällen von Kopfschmerzen verschiedenen Ursprungs angewendet. In 9 Fällen schwanden die Schmerzen in 30—45 Minuten. 4. Pleuritis. In 3 Fällen von idiopathischer serofibrinöser Pleuritis leistete Tolysal dasselbe, wie die Anwendung anderer Salicylpräparate. Denn schon nach 2—3 Tagen machte sich eine Verkleinerung der Dämpfung bemerkbar, es stellte sich starke Diurese ein und am



nächsten Tage war schon keine Spur des Exsudats zu finden. Besonders hebt Verf. den schmerzlindernden Effect des Tolysals hervor. In 3 Fällen von eitriger Pleuritis (Tuberculose) und in einem Fall hämorrhagischer Pleuritis (Septicämie) war der Erfolg ein negativer. In einem Falle von schwerem Diabetes, nachdem vorher verschiedene Behandlungsmethoden vergebens angewandt waren, sah Verf. bei gleichzeitiger Milchdiät den Zuckergehalt erheblich sinken. In allen Fällen wurde das Tolysal sehr gut vertragen, es zeigten sich keine unangenehmen Nebenwirkungen. Bei Pleuritis, Rheumatismus, Influenza gibt Verf. 8 Grm. pro die, und zwar 2 Grm. zweistündlich. Bei Neuralgien und Kopfschmerzen genügt oft schon 1 Grm., seltener braucht man 2—4 Grm. zu nehmen.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

423. ***Ueber Fleischmast beim Menschen.*** *Von Dr. B. Krug. (Sonder-Abdruck aus: v. Noorden, Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel des gesunden und kranken Menschen. Heft 2.)*

Den bedeutsamen Stoffwechsel-Untersuchungen *v. Noorden's* und seiner Schüler reiht sich nun die vorliegende an, welche sich mit der Frage des Verhaltens des Nahrungseiweisses bei Ueberernährung beschäftigt, ob speciell bei Ueberernährung ausser der Anhäufung von Reserve-Eiweiss noch ein Eiweissansatz, welcher zur Gewebe-Neubildung, Fleischmast, führt, stattfindet. Bekanntlich spricht man von Ueberernährung, wenn die Gesammt-Nahrungszufuhr grösser ist als der Bedarf. Unter solcher Kostordnung wird der Nahrungsüberschuss im Körper aufgestapelt. Das Bergungsvermögen der Kohlenhydratdepôts wird dabei weit überschritten, und der neue Zufluss von Kohlenhydraten wird nach Umprägung derselben in Fett in die Fettlager abgegeben. An dieselben Stellen wandert auch das überschüssige Nahrungsfett. Wie verhält sich aber das Nahrungs-Eiweiss bei Uebernährung? Gelingt es, durch starke Häufung oder durch besondere Mischung der Nahrungsbestandtheile den Körper eiweissreicher zu machen? Die durch zahlreiche Versuche gewonnene Erfahrung hat nun gelehrt, dass im Beginne der Ueberernährung der Eiweiss sparende Effect der N-freien Kostzulage die Oberhand gewinnt, dass mindestens auf einige Tage unzersetztes Eiweiss sich im Körper anhäuft. Was aber wird aus dem so ersparten Eiweiss, erfolgt Anhäufung von „Reserve-Eiweiss", welchen Ausdruck *v. Noorden* für den bisher üblichen, unzutreffenden Namen „circulirendes Eiweiss" gebraucht, oder kommt es zur Neubildung von Geweben, zu einem Gewinne an Muskelfleisch (Fleischmast)?

Verf. erörtert nun, unter welchen Verhältnissen auf Grundlage früherer Untersuchungen und bekannter Thatsachen mit Sicherheit auf Fleischmast zu rechnen ist. Fleischmast vollzieht sich beim wachsenden Körper; dieser entnimmt der Nahrung Eiweiss und alle anderen zum Aufbaue von Geweben nöthigen Bestandtheile. Fleischmast kommt ferner beim schwangeren und beim säugenden weiblichen Organismus zu Stande. Weiters bei

dem nicht mehr wachsenden, aber an erhöhte Arbeit sich gewöhnenden Körper, Arbeitshypertrophie der Muskeln. Endlich vollzieht sich Fleischmast in jedem Körper, welcher durch Hunger, Unterernährung und Krankheit an seinem Fleischbestande Einbusse erlitten hatte und nunmehr in günstigere Ernährungsbedingungen zurückkehrt. Daran anschliessend beschäftigt sich Verf. mit der Frage, ob Fleischmast durch Uebernährung erzwungen werden kann. Durch Selbstversuche strebte er festzustellen, ob es auch bei dem im guten Ernährungszustande befindlichen, gesunden Menschen gelingt, durch Uebderernährung in ähnlicher Weise wie bei Thieren den Eiweissbestand längere Zeit hindurch wesentlich zu vermehren. Die analytischen Arbeiten dieses Versuches sind unter der steten Controle des Professors *v. Noorden* ausgeführt. Bezüglich der Daten dieses sehr exacten Versuches auf das Original verweisend, sei hervorgehoben, dass derselbe ergab, dass unter dem Einflusse starker Uebderernährung sich der Organismus bedeutend und nachhaltig mit Eiweiss bereicherte. Zur Frage, ob es sich um Aufstapelung von Reserve-Eiweiss oder um echte Fleischmast handelte, hält aber Verf. den sicheren Beweis, dass Zuwachs von Zellen durch Uebderernährung erzwungen werden kann, bis jetzt noch nicht für geliefert, spricht jedoch die Hoffnung aus, dass die sichere Entscheidung zu gewinnen sein wird, wenn die Versuche erweitert werden, wenn in denselben nicht nur die N-Bilanz berücksichtigt, sondern gleichzeitig die Bilanz derjenigen Aschenbestandtheile herangezogen wird, welche man als integrirende Bestandtheile der Gewebe und insbesondere der Muskeln kennen gelernt hat. Nur, so schliesst der Verf., wenn gezeigt wird, dass die vornehmsten, Gewebe bildenden Mineralstoffe, besonders K und P_2O_5, in demselben Verhältnisse zu N im Körper zurückbehalten werden, wie sie in der Musculatur vorkommen, und wenn ferner gezeigt wird, dass die Muskeln eines gemästeten Thieres das normale Verhältniss zwischen N, P_2O_5 und K bewahren, darf der Beweis als erbracht gelten, dass wirklich Fleisch und nicht nur Reserve-Eiweiss dem Körper zugewachsen ist. Prof. *Kisch.*

424. ***Behandlung der Tuberculose mittelst Creosot. Prognostischer Werth der Toleranz und insbesondere der Intoleranz gegen dasselbe.*** *Von Burlureaux. (Méd. moderne. 1893. 87. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 9.)*

Tuberculösen, die eine fast unbegrenzte Toleranz in Bezug auf das Creosot besitzen, stehen andere gegenüber, welche auch die kleinsten Dosen nicht vertragen und sofort mit Schwindel, Schweissen, Dunkelfärbung des Harns, ausgesprochenem Creosotgeschmack u. A. reagiren. Mehr als die genannten sind es besonders drei Symptome, welche eine Intoleranz gegen das Mittel und die erfolgte Intoxication kennzeichnen: Auftreten gesteigerter und subnormaler Temperaturen und eines in seiner Intensität verschiedenen Kältegefühls. Die Erscheinungen können einzeln oder, wie gewöhnlich, zusammen beobachtet werden. Meist beginnt die Hyperthermie, die ungefähr 7 Stunden nach Verabreichung des Mittels ihr Maximum erreicht; ziemlich genau um diese Zeit setzt das mitunter bis zu ausgesprochenem Frost sich steigernde Kältegefühl ein, dem schliesslich subnormale Temperaturenerniedrigung (in



einem Falle bis 33⁰) folgt. Verf. sucht sodann die Ursachen aufzudecken, welche die Intoleranz gegen das Creosot bedingen; nach Ausschluss einer Reihe hier in Frage kommender Momente, wie die Art der Verabreichung des Mittels, die Dauer der Krankheit, die Appetitlosigkeit. das Fieber u. A., nach Ausschluss der vorübergehenden Intoleranz (bei plötzlicher grosser Steigerung der Dosis) und der accidentellen (durch eine intercurrirende Erkrankung, Angina, Diarrhoe etc.), kommt Verf. zu dem Schlusse, dass es die allgemeine Cachexie, das Ergriffensein des ganzen Körpers, die Intoxication des Gesammtorganismus ist, bei der jene Intoleranz gegen das Creosot beobachtet wird. Daraus ergibt sich die hohe prognostische Bedeutung des Creosots, die Verf. folgendermassen formulirt: Ein Kranker, der Creosot in kleinen Dosen nicht verträgt. ist fast unrettbar verloren. Jeder Kranke, der Kreosot in grossen Dosen verträgt, hat die grösste Aussicht auf Heilung. Wenn sich nach Toleranz grosser Dosen plötzlich eine zunehmende Intoleranz einstellt, ist die Prognose äusserst infaust. Man darf jedoch deshalb bei nachgewiesener Intoleranz die Hände nicht in den Schoss legen, wenn auch ausnahmsweise, so kommen doch mitunter Fälle vor, bei denen eine Grenze der Intoleranz gefunden und durch eine äusserst vorsichtige Steigerung eine Angewöhnung, in dem Sinne eines Vertragens allmälig auch grosser Dosen, erreicht wird.

425. ***Ein mittelst Schilddrüseninjection und Fütterung erfolgreich behandelter Fall von Myxoedema operativum.*** *Von Prof. **Leichtenstern**. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 49—51.)*

Die 37jährige Patientin, welche 10 Jahre lang an schwerster Entkropfungscachexie gelitten hatte, wurde im Bürgerspital zu Köln mittelst Schilddrüsen-Injection und Fütterung innerhalb eines Jahres geheilt. Die Totalexstirpation der Struma war zu einer Zeit vorgenommen worden, wo diese Operationsweise noch das volle unbestrittene Bürgerrecht in der Chirurgie besass. Die ersten Symptome des Myxödems traten 4—6 Monate nach der Operation auf. Das Krankheitsbild war bei der Aufnahme in das Krankenhaus das höchst entwickelte classische des Myxödems. Als Ergebniss der Blutuntersuchung ergab sich, dass die Zahl der Erythrocyten meist normal, die Zahl der Leucocyten meist erheblich grösser war als normal (Leucocytose), der Hämoglobingehalt in mässigem Grade vermindert befunden wurde und das Verhältniss der verschiedenen Leucocytenformen sich innerhalb der normalen Breite bewegte. Die Perspiratio insensibilis fand sich um circa 40—60% gegenüber der Norm herabgesetzt. Die Urinmenge (24stündige) bewegte sich hart an der Durchschnittsnorm, häufig unter derselben, das specifische Gewicht war stets auffallend niedrig. Häufig wurde, jedoch stets nur in Spuren, Albumin, häufig auch Mucin, respective Nucleoalbumin gefunden. Die Körperwärme erwies sich subnormal. Der Modus der Behandlung war folgender: Zuerst wurden Injectionen mit Schilddrüsenextract vorgenommen, von denen schon 9 Injectionen mit relativ kleinen Dosen einen deutlich sichtbaren Erfolg hatten. Nach der 4. Injection stellte sich ein Erythema scarlatiniforme ein, wie es auch von anderen Autoren



schon beobachtet worden war. Dass solche fieberlose Erytheme als eine Wirkung des injicirten Stoffes aufzufassen sind, lehrt der Umstand, dass Verf. die gleiche Hauterkrankung beobachtete, als er einige Monate später zur Fütterung mit rohen Schilddrüsen überging. Diese musste mehrfach wegen Erscheinungen von Herzschwäche ausgesetzt, aber stets wieder nach Pausen von Neuem angeordnet werden, da nach längerem Aussetzen der Behandlung deutliche Anzeichen der Rückkehr des Myxödems sich bemerkbar machten.

426. ***Ueber die Bedeutung der diphtheritischen Membranen in Bezug auf die Therapie.*** *Von Prof. **Oertel**. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 13 u. 14. — Wiener med. Blätter 1894. 2.)*

Wenn man bei einem diphtheritischen Kinde vom ersten Beginn an die Entwicklung der Pseudomembranen auf den Mandeln und der Rachenschleimhaut sorgfältig verfolgt, kann man zwei Bildungsweisen derselben unterscheiden: 1. Die Bildung der Membranen beginnt unmittelbar auf der Oberfläche; der Process erstreckt sich von oben nach abwärts. 2. Die Membranbildung nimmt von der Tiefe des Schleimhautgewebes aus ihren Ausgang, und die oberflächliche Lage der Schleimhaut, insbesondere des Epithels, wird zuletzt in den Process hineingezogen, der sich hier von Beginn an in der Form einer ausgedehnten massenhaften Exsudation von fibrinogener Lymphe oder von Fibrin darstellt. Diese Auffassungsweise ist nun für die Therapie von höchster Bedeutung. Was die auf der Oberfläche der Schleimhaut sich entwickelnden Pseudomembranen betrifft, so sind sie das Product der directen Infection, der unmittelbaren Einwirkung der in der Mund- und Rachenhöhle sich bildenden Bacillen und des von ihnen erzeugten Giftes. Sie indiciren somit eine sorgfältige antiseptische Behandlung, Vernichtung der Bacterien und Verhinderung der weiteren Vermehrung und Resorption des von ihnen erzeugten Virus. Verf. benutzt für die Application der antiseptischen Lösungen (2—5%ige Carbollösung) fast ausschliesslich den Dampfzerstäubungsapparat, durch welchen sowohl die erkrankten, wie die jederzeit bereits inficirten, aber noch intact aussehenden Schleimhäute 3, 4 und 5 Minuten lang beständig überrieselt werden können, und diese Einwirkung alle 2—3 Stunden wiederholt werden kann. Nothwendig ist dabei, dass der zuleitende weite Glastrichter vom Kranken tief in den Mund zwischen die Zähne genommen wird und die abfliesende Flüssigkeit, welche Schleim, Zersetzungsproducte und abgestossene Partien der Pseudomembranen etc. mit abführt, nicht in die zu zerstäubende Flüssigkeit zurückströmt, sondern in einem besonderen Gefässe aufgefangen wird. In dieser abströmenden Flüssigkeit sieht man erst, wie gut die Mund- und Rachenhöhle zugleich durch diese Art von Irrigation gereinigt wird. Carbolsäureintoxicationen hat Verf. dabei nie beobachtet. Als Indicator für die Grösse der Resorption benutzt er die Färbung des Urins, der 24 Stunden an der Luft gestanden hat. Er lässt zu diesem Zwecke den Tag- und Nachturin in gesonderten, am besten porzellanenen Gefässen circa 24 Stunden stehen, so dass immer am Morgen der Urin vom Laufe des vergangenen Tages, und Abends der Urin von der verflossenen Nacht weggeschüttet



wird. Tritt entschieden dunkelgraue oder graugrüne Färbung ein, nicht früher, so setzt er die Carbolsäureinhalationen aus und verwendet 4%ige Borsäure, bis der Urin wieder klar ist; er kehrt zur Carbolsäure wieder zurück, wenn es die Krankheit noch weiter verlangt, oder bleibt bei der Borsäure, wenn die Abstossung der Pseudomembranen während dieser Zeit erfolgt ist. Albuminurie, die in schweren Fällen immer vorhanden ist, bildet nach Verf. keine Contraindication für die Anwendung der Carbolsäure. Wesentlich verschieden von der Möglichkeit einer erfolgreichen Einwirkung auf die primären Membranen zeigt sich aber die Voraussicht der Behandlung der secundären Membranen. Der directe Erfolg, den wir durch eine unmittelbare Behandlung dieser Membranen erzielen können, istgleich Null zu setzen. Diese Membranen sind das Product der allgemeinen Infection, die erregende Ursache ist nicht mehr dem antiseptischen Medicament unmittelbar zugänglich. Nur indirect können wir dadurch, dass wir durch gründliche antiseptische Behandlung der inficirten Mund- und Rachenhöhle der Erzeugung und Resorption von neuen Giftmengen entgegenwirken, eine immer noch fortschreitende allgemeine Infection und dadurch die weitere Bildung von secundären Membranen verhindern. Auf das einmal resorbirte Gift haben wir nach den bis jetzt uns zur Verfügung stehenden Mitteln jede Einwirkung verloren.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

427. ***Zur Tuberculose der Cervix uteri.*** Von *Albert Meyer.* *(Arch. f. Gyn. Bd. XLV. Heft 3.)*

Das Auftreten der Tuberculose an der Cervix ist ein secundäres und da nur selten, da die Tuberculose des Corpus nur exceptionell den inneren Muttermund überschreitet. Blos *Friedländer* fand in einem Falle eine primäre Tuberculose am äusseren Muttermunde. Einen gleichen Fall will Verf. auf der *Abel*'schen Privat-Frauenklinik in Berlin gesehen haben. Er betraf eine 30jährige Frau, die 3 Male geboren und aus einer gesunden, nicht tuberculösen Familie stammte. Diese Frau litt von ihrem 6. Jahre an an einem umschriebenen Lupus der rechten Wange. Vor 13 und 3 Jahren wurde dieses Gebilde ausgekratzt und ausgebrannt, worauf Heilung folgte. Die überstandenen Geburten waren normal. Seit 6 Jahren war die Menstruation profuser und stellte sich dieselbe immer mehr vor der Zeit ein, gleichzeitig stets länger anhaltend, bis sie schliesslich alle 14 Tage eintrat und 8 Tage währte. In der Zwischenzeit bestand ein wässeriger Fluor. Das Allgemeinbefinden und das Aussehen war durch diese Störungen nicht alterirt. Die Portio war derb, höckerig und die Cervix etwas vergrössert. Sonst war der Befund des Uterus und der Adnexen, bis auf eine leicht blutende Erosion und einen geringen Uterinalcatarrh, normal. Eine wegen des Verdachtes auf eine beginnende Carcinomerkrankung vorgenommene Probeexcision aus der Vaginalportion ergab starke Verdickung des Epithels und zahlreiche Vermehrung der Drüsen bei gleichzeitiger Verlängerung und Ver-

zweigung der letzteren. Die Drüsenlumina waren frei. Da die Blutungen trotz aller Behandlung nicht wichen, wurde eine keilförmige Excision der Portio ausgeführt. Die Untersuchung der excidirten Portio ergab Folgendes: Das Plattenepithel ist gleichmässig verdickt. Das Stroma darunter ist von zahlreichen, theilweise stark erweiterten, drüsigen Hohlräumen durchsetzt, die einschichtiges Cylinderepithel tragen. Näher dem Cervicalcanal findet sich keine Drüsenwucherung, sondern eine circumscripte, stark kleinzellige Infiltration, die sich von der Umgebung durch eine besonders ausgeprägte Infiltration der Randzone scharf abhebt. Nach der Mitte dieses (makroskopisch etwa erbsengrossen) Knotens nimmt die Infiltration ab und sind die einzelnen Zellen nicht deutlicher kennbar. In dieser kleinzelligen Infiltration sind excentrisch mehrere typische Riesenzellen mit vielen peripheren Kernen eingelagert. Reste einer faserigen Grundsubstanz sind nur schwer erkennbar. Die Knötchen tragen keine Gefässe. Die in der Umgebung befindlichen Gefässe sind unverändert. Solcher Knötchen waren mehrere, doch konnten Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden. Die Diagnose nach diesem Befunde schwankte zwischen Tuberculose und syphilitischen Gummatis. Da bei letzteren die Gefässe stets mitergriffen sind — hochgradige Wucherung der Intima mit eventuellem Verschluss des Lumens —, was hier nicht der Fall war, überdies, abgesehen von der negativen Anamnese, auch sonst keine Zeichen der Lues da waren, entscheidet sich Verf. dahin, dass es sich um Tuberculose handelte. Bestärkt in dieser Anschauung wird er dadurch, dass keine Granulationen da waren, in denen Riesenzellen vorkommen. In Zusammenhang mit dem früher dagewesenen Lupus der Wangenhaut kann er diese Affection nicht bringen, da auch hierzu keine Anhaltspunkte vorliegen. Er hält demnach dafür, dass eine primäre tuberculöse Erkrankung der Vaginalportion vorlag. Weiterhin glaubt er nicht, dass die Menorrhagien mit der Affection der Vaginalportion in Zusammenhang zu bringen seien. Die Kranke blieb nach der Excision bisher gesund. Ob sich nicht etwa späterhin eine tuberculöse Erkrankung eines anderen Organes einstellen werde, lässt Verf. dahingestellt sein. Wie es sich mit den Menorrhagien nach der keilförmigen Excision der Vaginalportion verhielt, führt Verf. nicht an, doch scheinen sie behoben worden zu sein, da er erwähnt, dass die Frau gesund entlassen wurde. *Kleinwächter.*

428. ***Die Behandlung der Hämorrhoiden mittelst Elektrolyse.*** *Von* ***J. Bacon.*** *(Amer. Journ. of Obstetr. 1894, Februar-Heft, pag. 232.)*

Verf. erzielte gute Resultate mittelst Carbolinjectionen in die Hämorrhoidalknoten, nur muss man die entsprechenden Fälle auswählen und darauf achten, dass bei der Injection der Tumor abgeklemmt ist, damit der Inhalt des Tumors nicht in den Kreislauf gelange. Früher klemmte er den Tumor mit den Finger ab, machte die Injection mit Carbol in denselben und hielt ihn noch einige Minuten darauf abgeklemmt. Jetzt bedient er sich zur Abklemmung eines zweiblätterigen Rectumspiegels, der so construirt ist, dass sich die Blätter des Spiegels nur bei Druck auf die Griffe von einander entfernen. Er führt das geschlossene Speculum

ein, öffnet durch Druck an den Griffen die Branchen und bekommt zwischen dieselben den Hämorrhoidalknoten. Hierauf lässt er die Griffe los, die zwei Spiegelblätter fallen aneinander und klemmen dadurch den Hämorrhoidalknoten an seiner Basis ab. Nun wird in den Knoten die Carbollösung injicirt. In neuester Zeit behandelt er die Hämorrhoidalknoten mittelst der Elektrolyse. Er klemmt den Hämorrhoidalknoten mittelst einer Art Polypenzange ab. Bis auf die Spitzen der Branchen ist das ganze Instrument, welches den activen Pol des constanten Stromes darstellt, durch einen Ueberzug isolirt. Statt in den Tumor Carbol zu injiciren, werden Nadeln in denselben eingestossen, die den negativen Pol darstellen. Der Tumor wird an verschiedenen Stellen angestochen. (Die Stärke des Stromes und die Dauer der Sitzung gibt Verf. nicht an.) Die Nachblutung soll eine unbedeutende sein und sich der Knoten rasch verkleinern. In Zukunft will Verf. zuerst Jodtinctur in den Tumor einspritzen und hierauf einen constanten Strom durch denselben leiten. Er glaubt auf diese Weise die Gewebe mit Jod zu durchsetzen und eine vollkommene Asepsis zu erzielen. *Kleinwächter.*

429. ***Lebensgefahr dicker, fetter Frauen unmittelbar nach der Entbindung.*** *Von Dr. Anton Tinzl, St. Pankraz (Tirol).*

Es begegnete mir zu meinem Leidwesen und zum Leide der zahlreichen Familienmitglieder, dass ich schon zweimal bei Gebärenden erst post festum, recte bei einer post mortem erschienen bin. Jedesmal betraf es eine dicke, fette, schwere Frau, beide noch relativ jung. Die Eine dürfte an einem compensirten Herzfehler gelitten haben. Die Geburt ging bei beiden ziemlich rasch vorüber, und ebenso rasch erfolgte der Tod, nachdem bei der jüngeren nach einer mässigen Blutung und leichteren Placentaradhäsion ein einer Mania puerperalis ähnlicher Zustand, mit Verweigerung aller Nahrung und Analeptica, eingetreten war, und in wenigen Minuten der Tod erfolgte. Als Ursache eines so plötzlichen Todes wird eine Hyperaemia ex vacuo, eine plötzliche Plethora der Bauchhöhle, ähnlich wie bei plötzlicher Entleerung eines Ascites, wo eine vermehrte Füllung der Bauchgefässe eintritt, die durch eine vicariirende oder secundär nothwendige Hirnanämie den Tod herbeiführt, angegeben *(Winternitz).* Ob und welche Therapeutica als Präventiv- und Heilmittel hier mit Nutzen anzuwenden wären, lässt sich wohl nur im Allgemeinen sagen. Man ist gezwungen, etwas Indicirtes zu thun, wenn es auch nichts helfen sollte. Das Erste wäre wohl, dass Aerzte und Hebammen im Vorhinein diese Gefahren kennen, die einer solchen Frau drohen und dann Jeder für sich wisse, was dagegen zu thun ist. Es ist selbstverständlich, dass man mit Bandagen und kaltem Wasser sich vorgesorgt habe, um eine wirksame Autoinfusion zu ermöglichen. Von Nutzen wäre vielleicht, die Frau schon während der Durch- und Austrittsperiode reichlich mit Herztonicis, als heissem Wein, Kaffee u. dergl., versorgen zu lassen. Als das allgemeinste und wirksamste Mittel gegen ähnliche Zustände, wie Ohnmachten und Verblutungen, muss augenblickliche Tieflagerung des Kopfes erzielt, eventuell ein entschlossenes, völliges auf den Kopfstellen der Entbundenen erstrebt werden. Kalte, irrigirende Clystiere, Einwickelungen der



unteren Extremitäten mit *Esmarch*'schen und anderen Binden scheinen zwingend rationell und dürften von Erfolg sein. Was die künstliche Athmung anbelangt, so dürfte diese bei den enorm schweren und dicken Armen einem gewöhnlichen sterblichen Arzte für die Dauer nicht ausgiebig genug gelingen. Achtung auf kommende Gefahren und entschiedenes rasches Handeln werden das Schlimmste vermeiden lassen. Hebamme und Arzt müssen beide darauf gefasst sein, die nöthigen, Leben erhaltenden Vorkehrungen zu treffen.

430. ***Die Symphyseotomie und ihre wissenschaftliche Begründung.*** *Von Dr. **Wehle.** Arbeiten aus der königl. Frauenklinik in Dresden. (Der Frauenarzt. 1894. 2.)*

Sowohl aus den Erfahrungen an den Lebenden, als auch aus Leichenversuchen geht hervor, dass in der Geburt die Schambeintrennung bis auf 7 Cm. keine nachtheiligen Folgen für die hinteren Beckengelenke hat. Eine Verknöcherung der Symphyse scheint in manchen Fällen dadurch vorgetäuscht zu sein, dass nicht allein die Form der Symphyse, sondern namentlich ihre Stellung zur Mittellinie Schwankungen unterworfen ist. Durch die Schambeintrennung auf 6 Cm. wird der gerade Durchmesser durchschnittlich um 1·2 Cm., bei Trennung auf 7 Cm. durchschnittlich um 1·5 Cm. verlängert; werden die Schambeine künstlich herabgedrückt, so ist die Raumgewinnung noch bedeutender. Dass beim allgemein verengten Becken durch Schambeintrennung bedeutender Raumgewinn geschafft wird, ist selbstverständlich. Eine Reihe sehr geschickt angelegter Versuche illustrirt diese Thatsachen. Die traurigen Folgen für die Mutter werden sich zukünftig durch die peinlichste Antisepsis, sowie durch verbesserte Technik und präcisere Indicationsstellung vermeiden lassen. Die Symphyseotomie soll ausgeführt werden in allen den Fällen, wo der kindliche Kopf dauernd beweglich auf dem Beckeneingange steht und zur Entbindung der Mutter nach unseren bisherigen Anschauungen nur die Perforation des lebenden Kindes in Betracht käme, also bei Beckenenge Conj. vera 7·5, bezüglich 7 Cm. abwärts bis 6·5 Cm. Wann bei geringeren Graden von Beckenverengerungen diese Operation vorzuziehen ist, bleibt weiteren Erfahrungen vorbehalten. Die 3 von Prof. *Leopold* operirten Fälle, deren genaue Beschreibung gegeben wird, haben ein günstiges Resultat gehabt. In der Schlussbetrachtung führt *Leopold* für die Symphyseotomie als Vortheile an, dass mit ihrer Hilfe die Perforation des lebenden Kindes einzuschränken sei zu Gunsten der Kinder, der relative Kaiserschnitt einzuschränken zu Gunsten der Mütter, doch warnt *Leopold*, die Symphyseotomie sofort als Operation für die Praxis anzusehen. Ihre Anzeigen, Bedingungen und Grenzen sind genauer festzustellen.

431. ***Prostatectomia alta.*** *Von Dr. **H. Schmidt.** (Esmarch's Festschr. Kiel 1893. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 4.)*

Jeder operative Beitrag zur Entfernung der hypertrophirten Prostata verdient mit Rücksicht darauf, dass die ganze bisherige Therapie bei diesem Zustande eine nur palliative ist, volle Berücksichtigung. Der Patient, ein 63jähriger Mann, litt seit 5 Jahren an Urinbeschwerden und war seit $4^1/_2$ Jahren an den Gebrauch des Catheters gebunden. Nachdem ihm die Spitze seines Kautschuk-



catheters abgebrochen und in der Blase verblieben war, steigerten sich die schon früher bestandenen Beschwerden um ein Bedeutendes. Bei dem vorgenommenen Medianschnitte war es wegen der stark in die Blasenlichtung prominirenden Prostata unmöglich, den im Fundus liegenden incrustirten Fremdkörper zu entfernen. Der prominirende Theil der Prostata hatte die Grösse zweier Walnüsse. Dieser ganz vorspringende Theil wurde, nach ausgeführtem hohen Blasenschnitte, mit dem Messer abgetragen, so dass der bisher bestandene tiefe retroprostatische Recessus, in dem der Fremdkörper lag, nicht mehr vorhanden war. Die Wundfläche wurde tamponirt. Der weitere Heilverlauf war günstig: schon 4 Wochen nach der Operation konnte der Patient spontan 50 Grm. Urin entleeren, nach weiteren 3 Wochen 150 Grm., 3 Monate nach der Operation konnte Patient den Urin bis 4 Stunden halten und die Blase so gut wie vollständig entleeren. Im nächsten Jahre besserte sich der Zustand noch um ein Wesentliches, und war der Gebrauch des Catheters nicht mehr nothwendig geworden. Dieser Fall fördert die Frage, ob die Prostatectomia lateralis oder alta bei den Operationen zur Heilung der Prostatahypertrophie zu wählen sei, nicht. Doch lehrt er, dass in derart ausgeprägten Hypertrophien des sogenannten mittleren Lappens die radicale Entfernung dieses wesentlichen Vortheil bringen könne. Die Schwierigkeit liegt im exacten Nachweise, von welchem Theile der Prostata wesentlich die Behinderung für den Urinabfluss abhängig sei.

Dermatologie und Syphilis.

432. ***Ueber Neurasthenie syphilitischen Ursprunges.*** *Von* ***Fournier.*** *(Le Bull. méd. 1893. 80, 81, 82. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1894. 4.)*

Die syphilitische Neurasthenie wird verhältnissmässig häufig im Beginne des zweiten Stadiums der Lues und im ganz Besonderen bei gewissen jungen Frauen, die zweifelsohne von Natur hierfür disponirt sind, beobachtet. Ihr Bild ist ebenso proteusartig, wie das der gewöhnlichen Neurasthenie; wie diese vergesellschaftet sie sich sehr oft mit hysterischen Erscheinungen und zeigt sich dann vollkommen als Hystero-Neurasthenie. Die diesmaligen Auseinandersetzungen Verf.'s betreffen neue Beobachtungen. Die Neurasthenie oder Hystero-Neurasthenie syphilitischen Ursprunges kann sich auch zu anderen Stadien der Grundkrankheit als zu dem oben angegebenen Termine, entweder früher oder später (2—3 Jahre, seltener 5—7 Jahre nach der Ansteckung) einstellen, und dies obendrein als isolirte Erscheinung, ohne dass sonstige syphilitische Erscheinungen bestehen. — Im Spätstadium der Lues repräsentirt sich diese Neurasthenie unter zwei Haupttypen, entweder als eine forme fruste, die sehr häufig ist, und zwar als neurasthenische Cephaläa, oder als ein vollständiger Typus, der indess seltener ist: als Cerebrasthenie, beziehungsweise Myelasthenie. Die häufigste Erscheinung ist das neurasthenische Kopfweh. Dasselbe verdient kaum die Bezeichnung eines wirk-



lichen, peniblen Schmerzes (wie im 2. und 3. Stadium), sondern nur die eines unbestimmten Missempfindens im Kopfe; theils wird es als „schwerer Kopf“ (wie nach einer durchschwärmten Nacht), theils als das Gefühl eines auf dem Schädel lastenden Druckes angegeben. Differentialdiagnostisch ist für diesen Kopfschmerz von Bedeutung, dass er im Allgemeinen nicht zur Nachtzeit, sondern bei Tage, und zwar hauptsächlich am Morgen beim Erwachen sich einstellt, dass er manchmal durch die Mahlzeiten erleichtert wird, um aber nachher heftiger zu exacerbiren, dass er durch geistige Arbeit, Lectüre, Conversation, helles Licht, Geräusche etc. gesteigert wird, dass er sich endlich nie in so heftiger Weise äussert, dass der Kranke sich niederlegen muss, sondern seinem Berufe ruhig weiter nachgehen kann. Gegenüber dem eigentlichen syphilitischen Kopfschmerze (im 2. und 3. Stadium) kommen in Betracht: die viel geringere Schmerzhaftigkeit, das Fehlen der nocturnen Exacerbationen, die zumeist erfolglose antiluetische Behandlung und die langwierige Dauer der neurasthenischen Cephaläa. Die zweite Form der Neurasthenie syphilitischen Ursprunges pflegt in nichts von dem Bilde der genuinen Neurasthenie abzuweichen. Auch an ihr lassen sich, je nach dem Vorherrschen cerebraler, medullärer, sympathischer etc. Symptome, eine cerebrale (Cerebroasthenie), medulläre (Myelasthenie), cerebro-spinale, sympathische oder viscerale, monosymptomatische — wenn nur ein einziges Symptom vorhanden ist — u. A. m. unterscheiden. Bei dieser Gelegenheit erörtert Verf. ausführlich die Differentialdiagnose zwischen Cerebrasthenie, beziehungsweise Myelasthenie und pseudotabischer Neurasthenie einerseits und wirklicher progressiver Paralyse und echter Tabes andererseits. Als dritte Form, die recht häufig sein soll, stellt Verf. noch die von ihm forme vague et bénigne bezeichnete auf. Dieselbe ist eigentlich eine Varietät der zweiten Form, bei welcher die Symptome sich hinsichtlich ihrer Intensität gleichmässig verhalten, wobei es also kein besonders hervorstechendes Symptom, wie bei dieser letzteren gibt, sie nimmt nie die Heftigkeit der beiden ersten Typen an. Die chronische Form der Neurasthenie syphilitischen Ursprunges combinirt sich manchmal mit besonderen psychischen Störungen, die sich in eigenartigen, hypochondrischen Wahnvorstellungen der sogenannten Syphilophobie äussern. Was die Prognose der Krankheit betrifft, so ist dieselbe in dem gleichen Sinne, wie bei der vulgären Neuroasthenie, zu stellen; von Wichtigkeit ist nur zu wissen, dass jene immer recht lange anhält (bei Entstehung im Frühstadium der Lues im Mittel 6—10 Monate; im späteren Stadium selbst Jahre lang) und, falls sie geheilt wird, immer eine Schwäche des Nervensystems noch zurücklässt. — Trotz ihres specifischen Ursprunges ist die syphilitische Neurasthenie für eine specifische Behandlung (Jod, Mercur) unzugänglich. Es bleibt daher nur übrig, sie nach den bekannten Grundsätzen der gewöhnlichen Neurasthenie zu behandeln.

433. ***Bemerkungen zur Behandlung der Nasenhöhlensyphilis.*** *Von Dr. **Schuster**. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894. 2.)*

Verf. bekämpft die allgemein übliche Anschauung, dass bei Syphilis der Nase der Hauptwerth auf die Allgemeinbehandlung



gelegt und der Localbehandlung ein geringerer Spielraum gelassen werde. Er weist auf Beobachtungen seiner Praxis hin, wo eine oder wiederholte mercurielle Allgemeinbehandlung ohne örtliche Behandlung die Nasenhöhlenerkrankung in grossem Umfange fortbestehen liess, während beide vereint den specifischen Process zum Abschluss brachten, und hebt ganz besonders hervor, dass, wo Mercur nicht mehr vertragen, kräftigste Jodkalicuren bis zu Tagesdosen von 25 Grm. und mehr im Verein mit sorgfältigster örtlicher Behandlung geradezu Wunder der Heilung innerhalb weniger Wochen erzielten, und hierdurch jede stinkende, klebrige Absonderung beseitigten. Verf. hat bereits 1878, wohl als der Erste, die hohe Bedeutung der Nasensonde für die Erforschung der Nasenerkrankungen betont. Er benutzt seit Jahren an beiden Enden verschieden stark geknöpfte, circa 22—25 Cm. lange Sonden; dieselben dienen ihm gleichzeitig zur Bildung von Wischern behufs Reinigung der Nase. Er entfernt mittelst dieser Wischer die angeklebten Eiter- und Borkenmassen und entdeckt dann häufig mit denselben kranke entblösste Knochen, indem sich dieselben an der freien Kante fangen, manchmal wurden sie mit den Wischern herausbefördert. Jetzt erst lässt sich das erkrankte Feld rhinoskopisch übersehen. Er empfiehlt noch ferner die Abtastung des harten Gaumens mit dem Finger vom Munde aus, und hat häufig durch vorhandene Empfindlichkeit die drohende Perforation des Gaumendaches constatirt. Für die örtliche Behandlung der Schleimhaut und Knochenulcera haben die Grundsätze der Wundbehandlung die weiteste Geltung; dazu gehört vor allen Dingen die beschriebene Ausräumung des kranken Gebietes, erst dann kann davon die Rede sein, die Wandfläche mit desinficirenden Substanzen in flüssiger oder Pulverform zu bedecken. Zur Auswaschung bedient er sich der *Tschech*'schen Jodglycerin-Bepinselung mit nachfolgender Aristol- oder Europheneinblasung und hat so nicht selten bestehende hohe Abendfieber rasch verschwinden sehen. Dasselbe gilt auch für das Fieber, welches Geschwüre der oberen Pharynxwand begleitet, die entsprechend gesäubert und behandelt werden müssen. Entblösste Knochenflächen brauchen nicht zur Heilung entfernt werden, sie heilen oft unter täglich fortgesetzter Reinhaltung und allgemeiner Behandlung. Auch hier benutzt Verf. gern die Jod-Glycerin-Lösung. Zur Loslösung der necrotischen Theile des Nasenbodens bedient sich Verf. eines dem Schielhäkchen ähnelnden, recht biegsamen festen Hakens. Entfernung grösserer, tiefsitzender Sequester muss oft unter tiefer Narcose geschehen.

434. ***Beitrag zur Behandlung der Schweissfüsse.*** *Von Dr.* ***Neebe****, Hamburg. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 3. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 26.)*

Die in den letzten Jahrzehnten geübten Methoden der Behandlung der Schweissfüsse hatten nicht den erwünschten Erfolg. Erstlich könne man mit neuer zweckmässiger Fussbekleidung dem lästigen Uebel nicht vorbeugen, denn 60—70% aller Mannschaften der deutschen Armee leide trotz bequemer Stiefel an Schweissfüssen. Zweitens haben von den chemisch austrocknenden Mitteln nur 5—10% Chromsäure zur Einpinselung und das Militärschweisspulver (mit 50% Salicylsäuregehalt und in Combination mit Tannin



und Alaun) am häufigsten Besserung, jedoch nie definitive Heilung herbeigeführt. Drittens die zum Zwecke der Schälung der Hornschicht eingeleitete Behandlung mit Unguent. diachylon sei durch den Liquor antihydrorrhoicus *Brandau's* — die beste und wirksamste Methode — übertroffen worden. Wegen der Kostspieligkeit des letzteren Mittels jedoch hat nun Verf. Versuche mit der rohen Salzsäure angestellt, deren Ergebnisse ebenso zufriedenstellende sind. Erst wurde nach *Brandau's* Vorschlag 8—10 Tage lang Morgens Militärschweisspulver in die Socken gestreut. Dann wird soviel rohe Salzsäure in eine Schale entweder von Glas, Porzellan oder Steingut gegossen, dass die Fusssohlen ganz bedeckt werden. Das Fussbad wird am besten Abends genommen, die Füsse nachher im warmen Seifenbad gewaschen. Die Bäder werden zweimal wöchentlich, 5—8 Wochen lang genommen. Bei zarten Patienten kann man Anfangs zur Salzsäure 25% Wasser zusetzen. Ist diese Badeform zu umständlich, so kann man statt der Chromsäure täglich, und zwar Morgens die Fusssohlen und Zwischenzehenpartien zweckmässiger mit einer 10%igen alkoholischen Argent. nitr.-Lösung bestreichen, dann erfolgt die Ablösung der Epidermis in 8—14 Tagen. Die durch Schweissfüsse veranlassten Congestionszustände zu Schleimhäuten des Respirations-, Digestions- und Genitaltractus erfahren durch Heilung des Schweissfusses eine auffallend günstige Beeinflussung — eine Beobachtung, die mit der anderer Autoren übereinstimmt.

435. ***Syphilitische Epilepsie.*** *Von Dr. **Paul Kowalewsky.** (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 4. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatrie. 1894. 4.)*

Je nachdem die Lues hereditär oder erworben ist, müssen nach Verf. 2 Formen von syphilitischer Epilepsie angenommen werden, welche sich sowohl ihrem Wesen als auch ihrem klinischen Bilde nach unterscheiden. Die mit hereditärer Syphilis behafteten Individuen haben ein Gehirn, welches in den chemischen Componenten seiner Elemente eine fremde und schädliche Substanz enthält, so dass es als impotent und wenig widerstandsfähig gegen schädigende Einwirkungen erscheint. Auf dem Boden dieses invaliden Gehirns kann sich jede Psychose und jede Neurose entwickeln. Die hereditäre Hirnsyphilis schafft also nur die Disposition, die Neigung zur Erkrankung, die je nach den speciellen Gelegenheitsursachen in einigen Fällen sich als Epilepsie, in anderen als Hysterie oder Chorea zeigen kann. Entwickelt sich Epilepsie, so gehört diese der essentiellen oder medullären Epilepsie an. Es kann sich aber auch corticale Epilepsie entwickeln, und zwar ist diese dann durch gummöse Bildungen in der Hirnrinde und in den Hirnhäuten (eventuell auch in den subcorticalen Centren) zu erklären, welche als direct von den Eltern ererbt anzusehen sind. Je nachdem nun die gummösen Bildungen circumscript oder diffus sind, erscheint die corticale hereditär-syphilitische Epilepsie in 2 Formen, von denen die erste den ausgesprochenen partiellen Charakter der corticalen Epilepsie trägt, während die zweite diffusere Erscheinungen macht und nicht selten mit Entwicklungsverzögerung und angeborenen Missbildungen verbunden ist. Nach den Beobachtungen Verf.'s wird im Allgemeinen die hereditär-syphilitische Epilepsie,



welche in der Medulla ihren Sitz hat, durch Lues des Vaters hervorgerufen, während die corticale von der Mutter herrührt. Die durch erworbene Hirnlues hervorgerufene Epilepsie kann einerseits entweder durch solitäre Gummata der Rinde, respective der Meningen, oder durch einen diffusen gummösen Process an der Hirnrinde veranlasst sein, andererseits durch locale Reizung entweder bei energischer antisyphilitischer Cur an der Stelle der gummösen Syphilide, oder nach dem Schwinden der gummösen Bildungen durch den Narbenzug hervorgerufen werden. — Idiopathische Epilepsie bei erworbener Syphilis ist sehr selten und nur durch intensive Concentration des syphilitischen Giftes im Centralnervensystem zur Zeit der secundären Erscheinungen zu erklären (secundäre Epilepsie nach *Fournier*, toxische nach *Pellizani*). Verf. selbst hat Fälle dieser Art nicht beobachtet. Was die Prognose betrifft, so ist dieselbe bei der corticalen Epilepsie, welche durch diffusen gummösen Process der Hinrinde bedingt ist, günstig; noch leichter ist die toxische Form, welche bei Resorption der syphilitischen Producte durch energische Behandlung der diffusen gummösen Bildungen erscheint und sich in 2 bis 3 Anfällen erschöpft. Ernst dagegen ist die Prognose bei der corticalen Epilepsie, welche durch solitäre Gummata entsteht. Eine dauernde Heilung ist hier nicht stets zu erreichen; es bilden sich hier manchmal hartnäckige Contracturen und Paralysen aus, welche jeder Behandlung trotzen. Es sind dies die Fälle, wo die corticale Epilepsie durch den Reiz der zurückbleibenden Hirnnarbe bedingt wird.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

436. ***Ueber die pneumonische Form der acuten Lungentuberculose.*** *Von* ***A. Fränkel*** *und* ***Troje.*** *Aus dem städtischen Krankenhause am Urban zu Berlin. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIV. Heft 1—4. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 9.)*

An der Hand von 15 Fällen, deren 13 tödtlich verliefen, auf Grund einer umfangreichen anatomischen und bacteriologischen Untersuchung, mit Hilfe von Thierexperimenten und unter ausgedehnter Berücksichtigung der deutschen und französischen Literatur sichten die Verff. in ihren Mittheilungen das Krankheitsbild der acuten Lungentuberculose und fügen neue Züge ein. Das klinische Bild ist das einer Lobärpneumonie des Unterlappens bei robusten, erblich nicht belasteten Männern. Bald jedoch kommen specifische Züge in das Bild, deren Gesammtheit die Diagnose ermöglicht: Dyspnoe und Cyanose fehlen, die Percussion ergibt alte Dämpfungen, die sich aufhellen, oder neue, die sich rasch ausbilden, in dem rostbraunen oder grünen Auswurf finden sich bei etwa der Hälfte aller Fälle Tuberkelbacillen, von Anfang an gibt der Harn die Diazoreaction, und gegen Ende ergibt sich die bekannte Macies der galoppirenden Schwindsucht, die in Tagen bis Monaten meist zum Tode führt. Die Pathogenese des Leidens



ist so zu denken, dass in einem älteren Spitzenherd die Bacillen Stoffwechselproducte bilden, die durch chemische Wirksamkeit in höherem Masse als die Tuberkelbacillen selber ausgedehnte Entzündung veranlassen, wenn sie in die Unterlappen aspirirt werden. Makroskopisch-anatomisch ist es die gelatinöse Infiltration *Laennec's*, die Desquamativpneumonie *Buhl's*, die glatte Pneumonie *Virchow's*, welche der Affection zu Grunde liegt; eingestreute Käseherde erzeugen eine gewisse Aehnlichkeit der Schnittfläche mit einer von Speckwürfeln durchsetzten Leberwurst. Bei der histologischen Analyse polemisiren die Verff. gegen die *Virchow*'sche Schule, welche den Dualismus von Proliferation und Entzündung bei der Tuberculose noch heute aufrecht erhält. Das sogenannte Exsudat bei der käsigen Entzündung ist vielmehr ein echtes Gewebe, das in seiner Zusammensetzung aus Epithelioidzellen mit Mitosen und zuweilen Riesenzellen einem jugendlichen Tuberkel homolog ist. Der Tuberkel liegt nur hier intraalveolär, während er für gewöhnlich im Bindegewebe zwischen den Alveolen, also interalveolär, sich entwickelt. Auf der anderen Seite weist der zuweilen beträchtliche Leucocyten- und Fibringehalt der Alveolen auf concurrirende Exsudation hin. Die Bildung solcher intraalveolärer Tuberkel geht stets der Verkäsung voraus, während eine directe Verkäsung pneumonischer Infiltration, wie *Orth* sie annimmt, nicht vorkommt. Intratracheale Injection von älteren Reinculturen der Tuberkelbacillen erzeugen beim Kaninchen identische Processe in der Lunge. Der Unterschied der *Baumgarten*'schen gleichen Versuche, welche ausgebreitete Tuberkelbildung, aber keine gelatinöse Infiltration ergaben, erklärt sich daraus, dass dort die diffusiblen chemischen Producte der Culturen fehlten. Interessant und wichtig ist die Bacteriologie der Krankheit. Von 7 bacteriologisch genauer untersuchten Fällen ergaben 4 ausschliesslich Tuberkelbacillen, 3 dagegen eine Mischinfection. Diese Thatsache im Verein mit den Kaninchenexperimenten setzt den modernen Bestrebungen, jede galoppirende Phthise als Mischinfection aufzufassen, einen Damm entgegen. Der Tuberkelbacillus und seine Toxine sind die alleinige Ursache von Tuberkeln sowohl wie von käsiger Pneumonie.

437. ***Ueber Magensaft und Darmfäulniss.*** *Von Doctor* ***Mester****, Breslau. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIV. Heft 5—6. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 12.)*

Zahlreiche Untersuchungen (*Spallanzani, Severi, Kast, Kijanowski, Biernacki* u. A.) hatten den Zusammenhang zwischen Magensaft und Darmfäulniss in dem Sinne, dass Fehlen der Salzsäure im Magensafte Steigerung der Darmfäulniss zur Folge hat, festgestellt; die Thatsache erklärt sich leicht durch den schädlichen Einfluss, den Salzsäure auf die bacteriellen Fäulnisserreger ausübt. Gegen diesen Zusammenhang erhob *v. Noorden* Einspruch auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen, die er an Patienten mit Anacidität anstellte und bei denen er eine Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren im Harne, den Producten der Darmfäulniss, nicht nachweisen konnte; er leugnete daher, dass die Salzsäure etwas mit der Desinfection des Darmes zu thun habe. Zur Klärung dieses Widerspruches stellte Verf. im *Baumann*'schen Laboratorium zu Freiburg Untersuchungen an am Hunde, dessen Magensaft durch Ausschaltung



des Kochsalzes aus der Nahrung salzsäurefrei gemacht worden war. Wurde nun dem Hunde faulendes Fleisch verfüttert, so stieg sofort die Menge der gepaarten Schwefelsäuren, während bei Verfütterung gekochten Fleisches, das in Folge des Kochens nahezu frei war von Fäulnisserregern, diese Steigerung ebenso ausblieb, als wenn faulendes Fleisch an Hunde mit salzsäurehaltigem Magensaft verfüttert wurde. Es geht also aus diesen einwandsfreien Untersuchungen Verf.'s auf's Neue hervor, dass die Darmfäulniss, die unter normalen Verhältnissen in ihrer Existenz bedingt wird durch die grösstentheils mit der Nahrung in den Verdauungstractus gelangenden Fäulnisserreger, in dem Grade ihrer Intensität regulirt wird durch die Salzsäure des Magensaftes, so dass sie eine Zunahme erfährt bei Ausfall der Salzsäure und dass bei normalem Magensafte innerhalb weiter Grenzen Ungleichheiten in der Qualität der Nahrungsmittel ohne Einfluss auf die Darmfäulniss bleiben. Die ebenfalls unanfechtbaren Befunde *v. Noorden's* erklären sich aus der Verabreichung von bacterienarmen Nahrungsmitteln an seine Versuchspersonen.

438. ***Die Temperatur des in die Niere einströmenden Blutes und des aus ihr abfliessenden Harns.*** *Von G. Grijus. (Du Bois-Reymond's Archiv. 1893, pag. 78. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 10.)*

Mit Thermometern, die in die Aorta und in ein in den Ureter dicht am Nierenbecken eingeschaltetes Gefäss eingesteckt waren, wurden die Temperaturen des Blutes und des Harns gemessen. Es ergab sich, dass sehr häufig die Temperatur des Harns höher war, als die des arteriellen Blutes, und zwar bis zu 0·4° C. Das beweist, dass sich zu den vom Blutstrom mitgebrachten Kräften andere in den Niere geweckte zugesellen und sich an der Ueberführung der Harnbestandtheile aus den Blutcapillaren in die Harncanälchen betheiligen. Der Harn war am wärmsten, wenn er rasch und wenig concentrirt, nicht aber wenn er spärlich und concentrirt floss. Das beweist aber nicht, dass die Absonderung des concentrirten Harns nicht mit Wärmebildung einhergehe, weil bei dem spärlichen Fliessen die Temperatur des Harns schon auf dem Wege von den secernirenden Stellen zu dem Thermometer mehr gegen die Temperatur der Umgebung sich ausgeglichen haben kann, als bei schnellem Fliessen.

439. ***Die Kohlensäure und Wasserausscheidung der Haut bei Temperaturen zwischen 30° und 39°.*** *Von Schierbeck. (Du Bois-Reymond's Archiv. 1893, pag. 116. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 15.)*

Versuche an Menschen. Bestimmung der CO_2: der Körper der Versuchsperson befand sich mit Ausnahme des Kopfes in einem Perspirationskasten, der durch einen continuirlichen, mit der grossen Gasuhr des *Voit*'schen Respirationsapparates erzeugten Luftstrom ventilirt wurde; die CO_2 wurde in Proben der ein- und ausströmenden Luft gemessen. Die Menge des ausgeschiedenen Wasserdampfes wurde durch zwei Haarhygrometer bestimmt, deren eins in der Einströmungs-, das andere in der Ausströmungsluft eingeschaltet war. Aus dem Unterschied des Feuchtigkeitsgrades liess sich die Menge des ausgeschiedenen Wassers berechnen. Der



an der Oberfläche der Haut zurückgebliebene Schweiss, sowie auch, was sich an verdampftem Wasser bei hohen Temperaturen an der Seite des Kastens verdichtet hatte, wurde auf andere Weise bestimmt und zu den mittelst Hygrometer gefundenen Werthen hinzugefügt. Die Versuche wurden zwischen Temperaturen von 30° und 39° angestellt. Bei nackter Haut ist die CO_2-Ausscheidung von 29° bis 33° gleich, etwa 0·35 Grm. die Stunde. Ueber 33° nimmt sie mit steigender Temperatur stark zu, bei 38·5° 1·2 Grm. pro Stunde. Die Wasserausscheidung steigt gleichmässig mit der Temperatur. Der Schweiss bricht gerade bei der Temperatur aus, bei der die CO_2-Ausscheidung plötzlich ansteigt (33°). Bei bekleideter Haut verhält sich die CO_2-Ausscheidung eben so wie bei nackter. Auch die Wasserausscheidung ist der Temperatur etwa proportional, nur ist ihre absolute Grösse grösser, wie bei nackter. Die reichliche Wasserausscheidung bei bekleideter Haut unter 33° rührt nur von einer Vermehrung der Perspiration, nicht des Schweisses her.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

440. ***Preisausschreiben zum Zwecke der Erfindung eines Mustermodelles für Schutzbrillen.*** *Von Heinrich Mamy. Mittheilungen des gewerbehygienischen Museums in Wien. Nr. LII.*

Es gibt in der Industrie eine grosse Menge von Arbeitsprocessen, welche die Augen der Arbeiter angreifen, dieselben mitunter ernsten Gefahren aussetzen. Bald sind es Metall- oder Steinsplitter oder Tröpfchen schmelzender Metalle, die heftig emporgeschleudert werden, wie sie Graveure, Schleifer, Drechsler, Steinklopfer, Giesser u. s. w. bedrohen, bald Entzündungen hervorrufende Einflüsse, wie bei Hochöfen in Metall- und Glashütten, in welchen die Augen der Arbeiter fortwährend der strahlenden Wärme des Feuers, dem Anblick rothbeleuchteter Wände oder weissglühender Massen ausgesetzt sind. Bei all diesen Arbeitsprocessen ist es unumgänglich nothwendig, um einer Verletzung der Sehorgane vorzubeugen, Schutzvorkehrungen in Form von Brillen anzuwenden. Die Gesellschaft der Industriellen Frankreichs zur Verhütung von Betriebsunfällen hatte wiederholt Gelegenheit, die erwähnten Uebelstände festzustellen und zu beklagen, dass es kein gutes Modell für Schutzbrillen gebe, so bequem und praktisch, dass man die Arbeiter bestimmen kann, sich ihrer zu bedienen, weshalb sie eine öffentliche Preisbewerbung veranstalteten, um zur Schaffung dieser so wünschenswerthen Musterbrillen anzuspornen und den Erfinder der besten durch Preise zu belohnen. Die zur Prüfung eingesendeten Brillen vertheilen sich auf vier Gruppen: 1. Brillen mit Gläsern und Lederfassung. Diese Art von Brillen zeigt einen schwerwiegenden Nachtheil: die Augen der Arbeiter erhitzen sich durch sie sehr rasch und in empfindlicher Weise. 2. Brillen mit gläsernem und Drahtgitter. Im Punkte des Erhitzens der Augen stehen sie entschieden über den erst-



erwähnten, wenngleich sie noch weit davon entfernt sind, in dieser Hinsicht vollkommen zu entsprechen. Sie beengen den Sehkreis, auch legt sich die Fassung nicht gut an das Gesicht, erzeugt Unbehagen und Unbequemlichkeit. Auszunehmen sind hier die Brillen der „Gesellschaft der Brillenmacher" (Société des Lunetiers). Die Gläser sind gross, das Drahtgitter ist weit und so gewölbt, dass es einen genügenden Luftraum gewährt, der einer zu grossen Erhitzung des Auges vorbeugt. 3. Brillen ganz in Metall ausgeführt. Alle diese Brillen lassen sich in 3 Hauptformen eintheilen. Bei der ersten ist jedes Auge durch eine Hülle für sich geschützt; die zweite zeigt in ihrer ganzen Ausdehnung eine regelmässige Fläche mit nur einer Krümmung; bei der dritten endlich befindet sich vor jedem Auge eine kleinere oder grössere halbkugelförmige Wölbung, dem Augapfel angepasst. Nun aber zeigen die Metallbrillen einen zweifachen Uebelstand. 1. Verursachen sie alle nach einer gewissen Zeit eine Verminderung der Sehkraft, eine Art Nebel vor dem Auge, der sich durch das beständige Voraugenhalten des Metallnetzes einstellt; diese Wirkung ist umso empfindlicher, je feinmaschiger das Gitter ist. 2. Schützen sie die Augen nicht in ausreichender Weise. Es ist wiederholt vorgekommen, dass Metallsplitterchen durch das Gitter der Brillen drangen und das Auge verletzten. 4. Brillen nach dem Systeme Simmelbauer. Diese Brille ist in Weissblech gefasst und hat etwas hervorstehende Gläser, in der Form eines Trapezoids, deren Dicke zwischen 2—6 Mm. schwanken kann. Für Erneuerung der Luft vor den Augen ist in wirksamer Weise durch zwei rechtwinkelige, seitlich geführte Canäle gesorgt, sowie durch mehrere kleine Oeffnungen, die in der Fassung oben und unten geschickt angebracht sind. Die Gläser liegen, durch einen einfachen eisernen Haken festgehalten, in einer Rinne der Fassung, sind leicht herauszunehmen und auszuwechseln. Das Einzige, was getadelt wurde, ist, dass diese Brille bei Verwendung dickerer Gläser sehr schwer wird. Die Fassung allein wiegt 38—40 Grm., mit Gläsern von 2 Mm. Dicke 57 Grm., bei 3 Mm. 64 Grm., bei 5 Mm. 80 Grm. Simmelbauer wurde der erste Preis zuerkannt, den zweiten Preis erhielt die „Gesellschaft der Brillenerzeuger". Auffallend erscheint es, dass die ausgezeichneten Glimmerbrillen von Prof. *Kote*, welche in Deutschland und Oesterreich sich vielfach bewährt haben, in dem vorliegenden Berichte nicht erwähnt werden. Dr. *E. Lewy.*

441. ***Das Kleinkaliber und die Verwundetenversorgung im Felde.*** *Von RA. Dr. Habart. Vortrag, gehalten im Wiener medicinischen Doctorencollegium in der Sitzung vom 26. Februar 1894.*

Der Wandlung auf dem Gebiete des Waffenwesens liegt die Tendenz zu Grunde, ein Maximum der vernichtenden Gewalt der Waffen auf ein Minimum von Zeit und Raum zu begrenzen. Schon die Kämpfe bei Gravelotte und die am Balkan, in denen im ersteren Falle die Franzosen das Chassepot-, in letzterem die Russen das Martinigeschoss anwendeten, zeigten, welche verheerende Wirkung die Repetirgewehre besitzen. Weit schrecklichere Wirkungen muss das neue Repetirgewehr haben, ganz besonders, wenn das 5 Mm.-Kriegsgewehr, welches bereits in einzelnen Staaten eingeführt ist.



allgemein zur Anwendung kommen wird. Die neue Bewaffnung basirt auf der grösstmöglichen Ausrüstung des Mannes mit Patronen, deren Zahl in Deutschland 300 beträgt und bei den 5 Mm.-Geschossen auf 500 erhöht werden kann. Ausserdem spielt die bedeutende Percussionskraft der neuen Geschosse eine grosse Rolle, indem diese mehrere Ziele zu treffen vermögen und selbst Erdwälle, Mauern, Bäume, die früher einen Schutz abgaben, zu durchdringen vermögen und die Zone der tödtlichen Schüsse bis auf 5000 Meter reicht. Nach den Experimenten, die Verf. mit dem Repetirgewehre an Pferden vorgenommen, sowie den Erfahrungen, die er bei Selbstmorden und in Fällen von Arbeitertumulten, wo das Militär von der Feuerwaffe Gebrauch machen musste, gesammelt, konnte er feststellen, dass in einem Zukunftskriege die Zahl der Todten zunehmen, hingegen das Verhältniss zwischen Leicht- und Schwerverwundeten sich günstiger gestalten werde. Den Sanitätsorganen obliegt es nun, die schwere Aufgabe zu lösen, die Opfer unter dem Feuer der Repetirer aufzulesen und sie so schnell als möglich in die Sanitätsanstalten zu schaffen. Nur eine quantitativ und qualitativ hinreichende Mannschaftszahl kann dieser Aufgabe gerecht werden, die mit der heutigen Zahl der Blessirtenträger nicht durchführbar ist. Man muss die Sanitätsorgane mit 20% des Gesammtstandes berechnen und müssen dieselben den grössten Theil ihrer Thätigkeit in der Feuerpause entfalten. Von grossem Vortheile wäre es hierbei, wenn der von *Mundy* construirte elektrische Beleuchtungsapparat zur Beleuchtung des Schlachtfeldes während der Nacht in Anwendung kommen würde. Verf. legt besonders grossen Werth auf raschen und sicheren Transport, sowie hinlängliche Unterkunftsmittel im Felde. Das Schicksal des Verwundeten ist nicht so sehr durch den ersten Verband beeinflusst, als durch einen schnellen und schonenden Transport, sowie durch eine den nothwendigsten hygienischen Anforderungen entsprechende Unterkunft. Daraus ergibt sich die Nothwendigkeit, dem Transport der Verwundeten in die rückwärtigen Sanitätsformationen die grösste Sorgfalt zuzuwenden. Für die bis jetzt in Gebrauch stehende Feuerwaffe genügt es, für eine Infanterie-Truppendivision zwei Verbandplätze in 2000—2500 Meter Entfernung hinter der combattanten Truppe und noch weiter zurück die Ambulanz aufzustellen. Die Etablirung von Feldspitälern in Kirchen und Schulhäusern hält Verf. nur nach vorheriger Desinfection für statthaft. Als ideale Unterkunft für die Blessirten des Zukunftskrieges dient das Zelt und die Baracke. Wir finden in Deutschland bereits ein Zelt für 12 Verwundete, welches den Truppen nachgeführt wird. In Frankreich bestehen für das Feldlazareth Zelte, welche den modernsten hygienischen Anforderungen entsprechen, in welchem 28 Verwundete bequem untergebracht werden können. Auch für die österreichische Armee ist ein sehr praktisches Zelt in Vorschlag gebracht, das auch auf Tragthiere verladen werden kann.

442. ***Schlammkrankheit.*** *(Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1893, pag. 120.)*

Der Regierungspräsident zu Oppeln brachte unter dem 15. October 1891 die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung und Nachforschung über eine eigenthümliche Krankheit, die in



sieben Kreisen des Regierungsbezirkes aufgetreten war, zur allgemeinen Kenntniss. Die Erkrankung befiel einen erheblichen Theil der Bevölkerung, aber fast ausschliesslich Felderdrainagearbeiter, und zumeist während der heissen Jahreszeit, machte typhusähnliche Erscheinungen, aber rasch zu grosser Höhe ansteigendes, schon am vierten oder fünften Tage aufhörendes Fieber, keine Darmsymptome und erwies sich als nicht contagiös, endete auch in allen Fällen günstig. Aus der Prüfung der Berichte lässt sich schliessen, dass sämmtliche Fälle mit dem Boden in Zusammenhang standen, und dass speciell die Nässe desselben, der hohe Grundwasserstand ein begünstigender Factor für die Entstehung war. Vielleicht fand eine Uebertragung des Krankheitskeimes durch die mit dem Boden verunreinigten Hände, vielleicht auch durch den Genuss inficirten Wassers statt. Dass der letztbezeichnete Modus wenigstens nicht auszuschliessen war, ergab die Prüfung eines Falles, in welchem ein Mann, welcher während einer Ueberschwemmung der Gefahr des Ertrinkens ausgesetzt war und reichlich Wasser (der Neisse) geschluckt hatte, von der in Frage stehenden Krankheit befallen wurde, ergab ferner die Thatsache, dass jenes Leiden auch unter Soldaten vorkam, welche gebadet hatten. Der Bericht des Regierungspräsidenten bezeichnet die Krankheit, welche vom Volke Schlammkrankheit genannt wird, als Malariatyphoid, als eine Infectionskrankheit miasmatischen Ursprunges, die ihre Entstehung siechhaftem Boden verdankt, erklärt Massnahmen zur Isolirung der Patienten und zur Desinfection für überflüssig, vertritt aber die Ansicht, dass bei erneutem Auftreten des Leidens durch Belehrung über das Wesen desselben, über seinen Zusammenhang mit dem Boden, mit dem Genusse unreinen Wassers, mit der Uebertragung von Erdpartikelchen durch beschmutzte Hände (beim Essen) prophylactisch viel genützt werden könne. Dr. *E. Lewy.*

443. ***Ueber die Betriebsführung von Sandfiltern auf Grundlage der zur Zeit giltigen sanitätspolizeilichen Vorschriften.*** Von **C. Piefke.** *(Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskh. Bd. XVI, Heft 1. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 12.)*

Die vorliegende Arbeit berichtet über die technischen Massnahmen, welche im Herbst 1893 von dem Stralauer Wasserwerk in Berlin (Filtration von Spreewasser) ergriffen wurden, um den Vorschriften der Sanitätsbehörden gerecht zu werden, von denen die wichtigsten waren: 1. Die Anzahl der entwicklungsfähigen Keime darf im filtrirten Wasser höchstens 100 pro 1 Ccm. betragen. 2. Die Filtrationsgeschwindigkeit soll bei keinem der in Gebrauch befindlichen Filter 100 Mm. pro Stunde übersteigen. Trotz des hohen Pilzgehaltes des unfiltrirten Spreewassers (meist 8—1200 Pilze) erreichte doch vom 21. August bis zum 4. October die Pilzzahl des filtrirten Wassers nur einmal 102, bewegte sich anfangs meist zwischen 30 und 80, dann zwischen 20 und 60, zuletzt zwischen 11 und 40. Besonders werthvoll erwies sich die isolirte bacteriologische Prüfung der einzelnen Filter, es liessen sich nur so mit Sicherheit die defecten und deshalb auszuschliessenden, respective zu reparirenden Filter erkennen. Auf die Details der wichtigen und interessanten Arbeit kann hier nicht eingegangen werden, nur das möge noch erwähnt werden, dass Verf.



vergleichende Versuche angestellt hat, wie sich eine zarte Lehmdecke, eine Algendecke und eine Eisenhydroxyddecke in ihrem Retentionsvermögen zu einander verhalten. Von circa 60.000 Bacterien, welche 1 Ccm. des auf das Filter gegossenen Wassers enthielt, gingen durch bei einem

Filter mit Lehmdecke	19	Bacterien.
„ „ Algendecke	45	
„ „ Eisendecke	25	

Diese Versuche enthalten vielleicht den Keim einer theilweisen Umgestaltung unserer Filtrationstechnik. Es würde sich ein neu angelegtes Sandfilter durch einen Eisenhydroxydniederschlag in kürzester Zeit fast pilzdicht herstellen lassen, währenddem bisher neu angesetzte oder frisch abgekratzte Filter erst nach einigen Tagen der Ruhe soweit undurchlässig wurden, dass sie für die Filtrationspraxis brauchbar waren.

Literatur.

444. ***Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie.*** *Von Dr.* ***Oscar Schaefer.*** *Mit 145 Abbildungen. (Lehmann's med. Handatlanten. Bd. II. Geburtshilfe. II. Theil.) München 1894, J. F. Lehmann.*

Der vorliegende Atlas zeichnet sich nicht nur durch correcte und sorgfältig ausgeführte Illustrationen und farbiger Abbildungen aus, sondern ist durch den den Illustrationen beigegebenen Text, durch die eingehende Erklärung der Abbildungen und durch eine gemeinsame Ziffernbezeichnung für alle im Atlas vorkommenden Sagittaldurchschnitte und Beckenabbildungen ein äusserst sorgfältig verfasstes Lehrbuch der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie. Ein Lehrbuch, durch dessen eingehendes Studium sowohl Studirende der Medicin als Aerzte die nöthige Sicherheit in diesem grundlegenden Theile der Geburtshilfe erreichen müssen. Das Lehrmaterial wird unter Zuhilfenahme von 145 Abbildungen in folgenden 9 Gruppen dargestellt: I. Die normale Anatomie der Sexualorgane während der Schwangerschaft. II. Die pathologischen Becken und deren Einwirkung auf Schwangerschaft und Geburt. III. Die Verlagerungen, Geschwülste und Bildungsanomalien des Sexualapparates und deren Verhalten während Schwangerschaft und Geburt. IV. Die Zerreissungen der Gebärmutter während der Schwangerschaft und Geburt. V. Die abnormalen Einbettungen des Eies, Extrauteringravidität und Placenta praevia. VI. Anatomie und Aetiologie der vorzeitigen Ausstossung. VII. Lagenabnormitäten von Kind und Eitheilen. VIII. Die durch Wehenabnormitäten und durch Allgemeinerkrankungen von Seiten der Mutter hervorgerufenen Geburtsstörungen. IX. Allgemeine Bemerkungen zu der geburtshilflichen Therapie. Es liegt demnach ein ernstes, in seinem didactischen Aufbau originelles Werk vor, in dem Verf. aus den morphologischen Eigenschaften die Vorgänge der Schwangerschaft, des Geburtsmechanismus u. s. w. Schritt für Schritt erklärt, wobei die diagnostisch zu verwerthenden objectiven Merkmale resultiren. Bei Besprechung der pathologisch veränderten Sexualorgane wird vor Allem dargestellt, welche Veränderungen sie auf den Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt ausüben und andererseits, welche



pathologischen Veränderungen an sich schon abnorme Schwangerschaften und Geburten rückwirkend an den Sexualorganen hervorzubringen im Stande sind. Hierbei resultiren wieder die diagnostischen Merkmale und die Indicationen für die Therapie. So gelingt es dem Verf., den Entwicklungsgang der Geburt, die Symptomatologie und Therapie durch knappe, oft tabellarische und vergleichende Schreibweise und durch entsprechend gewählte zahlreiche Abbildungen klar zu legen. Wenn wir noch zufügen, dass das vorliegende Werk an dem Beobachtungsmaterial der Münchener Universitäts-Frauenklinik und mit der fachlichen Unterstützung des Geheimrathes *v. Winckel* entstanden ist, so glauben wir zum Lobe des Werkes nichts mehr sagen zu sollen. Die Ausstattung ist eine vorzügliche.

—*m.*

445. ***Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin.*** *Bd. II. Herrn Doctor Rudolf Virchow, geh. Medicinalrath und ord. Professor, zum 50. Doctorjubiläum am 21. October 1893 gewidmet von Dr.* ***Adolf Baginsky,*** *a. o. Professor der Kinderheilkunde an der Universität Berlin, Director des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.*

Der vorliegende zweite Band der wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin wird unter den dem Altmeister *Virchow* gewidmeten Schriften gewiss einen ehrenvollen Platz einnehmen. Die Bedeutung der Publication wird aber zur allgemeinen dadurch, dass sie uns von dem grossen Interesse und ebenso grossen Erfolge, mit welchem das pädiatrische Studium ganz im Geiste der modernen Medicin unter Leitung *Baginsky's* gepflegt wird, ein rühmendes Zeugniss gibt. Die mitgetheilten Arbeiten behandeln zum Theil moderne Fragen, zum Theil die wichtigsten und leider auch unerschöpflichen Themata der Kinderheilkunde: Diphtherie, Scharlach, Diabetes im Kindesalter, Ernährung kranker Kinder, Knochenerkrankungen. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche.

446. ***Psychiatrie für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr. med.* ***Th. Ziehen,*** *Professor an der Universität Jena. Mit 10 Abbildungen in Holzschnitt und 10 physiognomischen Bildern auf 6 Lichtdrucktafeln. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1894. (Wreden's Sammlung med. Lehrbücher. Bd. XVII.)*

In dem vorliegenden Lehrbuche der klinischen Psychiatrie benützt Verf. die von ihm vorgetragenen Lehren der physiologischen Psychologie als Ausgangspunkt der Darstellung. Ausgehend von dem Grundsatze, dass nur zwei psychologische Elemente existiren, nämlich Empfindungen und Vorstellungen, dass der einzige Process, der mit beiden arbeitet, die Ideenassociation ist und das Product derselben die Handlung, legt Verf. dieses Schema auch der Betrachtung der pathologisch-psychischen Processe zu Grunde und untersucht in jedem Falle zuerst die Störungen der Empfindungen, dann die Störungen der Erinnerungsbilder oder Vorstellungen, dann die Störungen der Ideenassociation und schliesslich den Einfluss dieser Störungen auf die Bewegungen, beziehungsweise Handlungen des Kranken. Da nun die oben genannten Processe sich in der Gehirnrinde abspielen, so bildet die Psychiatrie den wichtigsten Abschnitt der Lehre von den Erkrankungen der Hirnrinde. Keine Psychose ohne Rindenerkrankung. Die meisten Psychosen im engeren Sinne beruhen auf sehr ausgebreiteten diffusen Rindenerkrankungen theils organischen,

theils functionellen Charakters. Auf dieser Grundlage gelingt es Verf. in der als ersten Abschnitt dargestellten allgemeinen Psychologie eine klare und übersichtliche Symptomatologie der psychischen Störungen darzubieten. Ebenso sind die Capitel über allgemeine Aetiologie kritisch dargestellt. Die allgemeine Therapie behandelt der Reihe nach die diätetischen Mittel, Hydrotherapie, Elektrotherapie, medicamentöse Therapie, psychische und ätiologische Therapie. Der zweite Abschnitt, die specielle Pathologie, gruppirt zunächst sämmtliche Psychosen in solche ohne Intelligenzdefect und in Defectpsychosen. Erstere werden wieder in einfache und zusammengesetzte Psychosen gruppirt; letztere als angeborene und erworbene behandelt. Ebenso klar und übersichtlich wie die Eintheilung hat Verf. die gesammte Lehre der Psychiatrie im vorliegenden Werke behandelt und dasselbe kann somit dem Anfänger als sichere Grundlage, sowie dem Praktiker als verlässlicher Führer bestens empfohlen werden.

—r.

Kleine Mittheilungen.

447. ***Gesichtserythem in Folge von Cocain.*** *Von Dr. **Castex**. (Société française d'otologie et laryngologie. Séance du mois de Mai 1893. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894. 2.)*

Bei einer mit Rhinitis hypertrophica behafteten Dame wurde die untere Nasenmuschel behufs Brennen mit dem Galvanocauter mit einer 20%igen Cocainlösung tamponirt Nach drei Stunden kommt Niessen mit Nasenausfluss, dann Klopfen in der rechten Nasenhöhle, in der Wange und Schläfe, dann ausgeprägtes Erythem, welches nach zwei Tagen heilte; es wurde nun eine fibrinöse Membran aus der rechten Nasenhälfte entfernt. Patient hatte schon dasselbe Ereigniss in Folge einer Einblasung von Cocain erlebt.

448. ***Tod durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis.*** *Von **H. Leo**. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 34. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 15.)*

Verf. berichtet über den seltenen Fall von Exitus letalis in Folge von Spasmus glottidis bei einem 20jährigen, an typischer Hysterie leidenden Manne. Die Section bestätigte die Richtigkeit der intra vitam gestellten Diagnose. Beide Larynxhälften erschienen völlig adducirt. (In den Kehlkopf hineingegossenes Wasser floss nach unten nicht ab.)

449. ***Sommersprossenmittel.*** Dr. ***Morison*** theilt folgendes altes, aber bewährtes Mittel gegen Sommersprossen mit, das wir bei Beginn des Frühlings den Praktikern in Erinnerung bringen.

Rp. *Hydr. bichlorat. corros. 0·45,*
Aq. dest. 1800,
Spirit. camph. 15·0,
Aq. rosar. 20·0.

Mit dieser Flüssigkeit wird eine mehrfache Lage Charpie getränkt und Abends auf die Sommersprossen gelegt. Nach einigen Tagen röthet sich die Haut und schürft sich ab. Eine kühlende Salbe wird Morgens und Abends auf die betreffende Stelle eingerieben, bis die Hautbildung vollendet ist.

450. ***Um chirurgische Nadeln vor Rost zu schützen*** und gleichzeitig aseptisch zu halten, benutzt Dr. ***Hanks*** seit längerer Zeit reines Lysol mit bestem Erfolg. Er bringt 30—50 assortirte Nadeln mit der Spitze nach oben in eine passende kleine Flasche — mit weiter Oeffnung — und füllt sie mit Lysol. Werden die Nadeln gebraucht, so wird das Lysol in eine Schale gegossen und die Nadeln auf eine Platte gelegt, wo die gewünschten ausgesucht werden; die übrigen und das Lysol kommen wieder in die Flasche zurück. Gleichzeitig kann das Lysol aus der Verlegenheit helfen, wenn zufällig kein anderes Antisepticum zur Hand ist. (Med. Record. 1894. 1195. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 31.)

451. ***Antiseptisches Pulver gegen Uteruskrebs. (Lutaud.)***

Rp. *Acid. salicyl.* 1·0,
Acid. boric. 40·0,
Jodoformi 10·0,
Ess. Eucalypt. q. s.
M. D. S. Aeusserlich. Wundpulver.

Die Application des Pulvers geschieht mit Hilfe des Speculum Vermittelst eines Insufflators wird das Pulver auf die ulcerirenden Stellen gebracht und dort durch Wattetampons fixirt. Die Bepuderung muss täglich, mindestens aber alle 2 Tage stattfinden. (Rev. obst. et gyn. — Der Frauenarzt. 1894. 3.)

452. ***Circumcision der Frau.*** *(La méd. moderne. 1893. 30. August. — Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. V. Heft 2.)*

Es ist eine wenig bekannte Thatsache, dass eine der Circumcisio penis analoge Operation von vielen Völkerschaften in Afrika, von den Bewohnern der malayischen Inseln und den Indianern in Peru auch bei der Frau geübt wird. Sie besteht in einer Excision der kleinen Schamlippen, mitunter auch der Labia majora und der Clitoris und wird gewöhnlich bei Mädchen im Alter von 8—12 Jahren vorgenommen. Bei Bewohnern von südlichen Klimaten, wo die äusseren weiblichen Genitalien oft eine monströse Grösse erreichen, verdankt diese Massregel sicher hygienischen Gründen ihren Ursprung; anderwärts soll sie nach Berichten von Reisenden geübt werden, um die sinnliche Begier der Frau zu vermindern. Mitunter mögen auch religiöse Gebräuche im Spiel sein. Im Süden schliesst sich an die Fortnahme der Clitoris und der kleinen Schamlippen noch eine Operation an, die bezweckt, die Vagina durch ein resistenteres Narbengewerbe zu schliessen, als dies das leicht zerreissliche Hymen darstellt. Das Gewebe wird in Gestalt von circa 2 Cm. breiten Streifen aus den grossen Schamlippen genommen und damit die Vulva umsäumt.

Sitzungsberichte.

453. ***Traumatische Neurose nach einem Unfall im Telephonbetrieb.*** *Von Prof. Dr. E. Ewald. Vortrag, gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft am 15. März 1894. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 30.)*

Die vorgestellte 21jährige Dame lässt bereits von Weitem ein eigenthümliches Verhalten des rechten Armes erkennen. Derselbe befindet sich in einer fortwährenden zitternden Bewegung. Die Patientin war früher vollkommen gesund gewesen; ihre Familie ist mit nervösen Erkrankungen nicht belastet, sie war regelmässig menstruirt, litt früher weder an Kopfschmerzen, noch sonstigen nervösen Symptomen und wurde von *Wanjura* seiner Zeit für tauglich zum Telephondienst befunden. Am 29. Juni 1893 wurde sie plötzlich angeblich von einem elektrischen Schlage während des Telephondienstes betroffen; sie stürzte dabei bewusstlos und lautlos zusammen und war, als sie erwachte, rechts gelähmt. Allmälig entwickelte sich ein Zittern des rechten Armes, die Kranke klagte über Flimmern vor den Augen, Schmerzen in den Ohren, die linke Gesichtshälfte war krankhaft zusammengezogen, das rechte Bein fast gelähmt. Die Starre des Gesichtes verlor sich allmälig, auch die Finger erhielten wieder etwas Beweglichkeit; die übrigen Störungen blieben jedoch erhalten; die anfangs schleudernden Bewegungen des Armes gingen nach einigen Wochen in zitternde Bewegungen über, welche noch jetzt zu sehen sind. Der Schlag erfolgte, während die Beamtin im Begriff war, den gewünschten Anschluss



für einen Theilnehmer herzustellen, der letztere jedoch, ungeduldig über die lange Dauer bis zum Anschluss, meldete sich mit seinem neuen Apparate (der nicht durch Drücken eines Knopfes, sondern durch Drehen einer Kurbel die Meldung an das Amt vermittelte) noch einmal; er drehte hierbei die Kurbel offenbar sehr heftig um, und in diesem Augenblick erhielt die Kranke den Schlag, als sie vielleicht den verbindenden Draht an einer nicht isolirten Stelle anfasste. Zum genaueren Verständniss dieser Situation erklärt der Verf. an der Hand einer Zeichnung die Thätigkeit der Telephonbeamten.

Jede Telephonistin sitzt vor einer Wand, in der eine Reihe mit Nummern versehener Löcher sich befindet. Meldet sich nun ein Theilnehmer, so fällt auf dem Amte von seiner dortigen Nummer eine Klappe herab. Die gewünschte Verbindung erfolgt in der Weise, dass die Beamtin einen Stöpsel aus dem Loche der sich meldenden Nummer in das Loch der geforderten Nummer einlegt und so dort den Strom schliesst; während dieser Thätigkeit hat die Dame natürlich fortwährend ein Schallrohr am linken Ohr, durch welches sie mit der grossen Stöpselplatte verbunden ist, so dass sie alles Gesprochene verfolgen kann. Da sie stets mit dem grossen Plattenapparate in Verbindung steht, so muss sie fortwährend isolirt sein. Diese Isolatoren sind jedoch so eingerichtet, dass die arbeitende Beamtin bei schneller Manipulation leicht mit einer nicht isolirten Stelle des Drahtes in Verbindung kommen kann; in einem solchen Moment geht dann die directe Leitung durch den Körper des Beamten. Auf diese Weise soll auch die Patientin ihren Schlag erhalten haben. Wird die Kurbel der neuen Apparate sehr schnell herumgedreht, so kann sich ein stärkerer Strom entwickeln, der eventuell die Spannung von 40 Volt erreichen kann und einen Strom von 0·5 Ampère erzeugt, also das 10-fache von dem, was bei unseren Reizversuchen angewendet wird. — Einen solchen Strom dürfte die Kranke bei ihrem Anfall erhalten haben. Die Folgen dieses Schlages sind noch jetzt nach 8 Monaten deutlich zu sehen. Der Zustand ist so ziemlich der gleiche geblieben, nur dass sich noch eine Reihe weiterer nervöser Störungen eingestellt haben.

Am rechten Bein bestand seiner Zeit keine wesentliche Muskelschwäche, die Sensibilität war nicht gestört, die Patellarreflexe gesteigert. Sie kann Bewegungen mit dem rechten Bein ausführen; ausserdem klagte sie über heftige Kopf- und Kreuzschmerzen. Der Augenhintergrund war normal, im Farbensinn, sowie im Gesichtsfelde traten keine Veränderungen auf; es bestanden keine wesentlichen Coordinationsstörungen; die Zunge kann gerade hervorgestreckt werden; der Muskelsinn war nicht verändert; nur konnte sie spitz und stumpf nicht unterscheiden; rechts war die elektrische Erregbarkeit für beide Ströme herabgesetzt.

In diesem Zustande ist die Patientin stabil geblieben; die Zuckungen wurden auf eine rotirende Trommel aufgezeichnet; man fand, dass sie in einer Secunde 5 Zuckungen vollführt; da dieselben Tag und Nacht erfolgen, so führt sie pro die 452.000 Zuckungen mit der Hand aus; es ist dies ein ähnlicher Zustand wie bei der Paralysis agitans. Man hätte annehmen sollen, dass diese fortwährenden Bewegungen einen Einfluss auf den allgemeinen Stoffwechsel ausüben sollten. Vor längerer Zeit behauptete man wenigstens, dass bei solchen Zuständen die Ausscheidung der Phosphorsäure erhöht und das Verhältniss zwischen Stickstoff- und Phosphorausscheidung verändert sei; es ist dies hier nicht der Fall. Die Psyche ist bei der Kranken ganz intact, sie gibt auf alle Fragen eine



klare Antwort. Der Appetit ist gering, die Pupillen reagiren gut. — Eine wichtige Frage ist die, ob der geschilderte Zustand in Verbindung steht mit dem geschilderten Unfall, oder ob derselbe nur den Anstoss gab für eine schon bestehende Disposition und hierdurch die Krankheit erst zum Ausbruch brachte. Die Frage ist deshalb wichtig, weil die Zukunft der Kranken hiervon abhängt, und nach dem Unfallversicherungsgesetz die Rente hiernach bemessen wird. — Die Therapie bestand in Anwendung der Elektricität, Massage und von Moorbädern. Es zeigte sich kein erkennbarer Erfolg. In der letzten Zeit wurde — dem Zuge der Zeit folgend — auch Spermin eingespritzt. 10 Injectionen riefen auch nicht einmal einen suggestiven Erfolg hervor. — Der Unfall ist offenbar eingetreten in Folge Mangel an Vorsicht; die Beamten sollen die Drähte stets an isolirten Stellen anfassen. Bei dem Umfange des Verkehrs, der die grössten Ansprüche an die Damen stellt, können sie jedoch leicht vorbeigreifen und die Leitung durch ihren Körper so herstellen. Eine grössere Geduld seitens der Abonnenten wird solchen Unglücksfällen vorbeugen können. In dem vorliegenden Falle handelt es sich um eine eigenthümliche Form der traumatischen Neurose. Dieselbe könnte vielleicht mit Hysterie in Verbindung stehen, welche erst durch den elektrischen Schlag zum Ausbruch gekommen ist. Hysterische Antecedentien sind jedoch nicht vorhanden, auch jetzt zeigt die Patientin keine eigentlichen hysterischen Symptome; ausserdem spricht die ausserordentliche Constanz der Erscheinungen gegen diese Auffassung.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Glax, Prof. Dr. Julius, k. k. Regierungsrath und dirigirender Arzt in Abbazia. Ueber die Wasserretention im Fieber. Ein Beitrag zur Frage über die Bedeutung der Wasserzufuhr und die Auswaschung des menschlichen Organismus in Infectionskrankheiten. Mit 53 Abbildungen. Abdruck aus der „Festschrift" für Alexander Rollett zur Feier seines 30jährigen Jubiläums als Professor. Jena, Gustav Fischer, 1893.

Glax, Prof. Dr. Julius, Abbazia als Terrain-Curort. Mit einer Karte und erläuterndem Texte von *Conrad Rubbia,* k. k. Forstinspections-Commissär in Valosca. Aerztliche Mittheilungen aus Abbazia. Zweites Heft. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1894.

Mantegazza Paul, Mitglied des Senates, Professor der Universität in Florenz. Die Physiologie des Weibes. Aus dem Italienischen von *Dr. med. R. Teuscher.* Einzige autorisirte deutsche Ausgabe. Jena, Hermann Costenoble, 1893. Zweite Auflage.



Sammlung klinischer Vorträge, begründet von *Richard v. Volkmann.* Neue Folge. Herausgegeben von *Ernst v. Bergmann*, *Wilhelm Erb* und *Franz v. Winckel.* Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel, 1894.

Nr. 92. *Lauenstein Carl,* Die Torsion des Hodens.

Nr. 93. *Chazan Samuel,* Ueber Placentarretention nach rechtzeitiger Geburt.

Nr. 94. *Dohrn Rudolf,* Ueber Leistung von Kunsthilfe in der geburtshilflichen Praxis.

Sammlung pädagogischer Vorträge. Herausgegeben von *Wilhelm Meyer-Markau,* Bielefeld. A. Helmich's Verlag.

VI. Band, 12. Heft. *Stimpfl, Dr. phil. J.,* Lehrer am königl. Schullehrerseminar zu Bamberg. Physiologie und Pädagogik, ein Aufruf an die Anatomen, Physiologen, Psychologen und Hygieniker.

Hamm, geh. Oberjustizrath und Oberstaatsanwalt in Köln. Die Hinaufrückung der Strafmündigkeit vom 12. auf das 14. Lebensjahr.

Steinbüchel, Dr. Richard v., emer. Operateur der Klinik, derzeit Assistent an der Universitäts-Frauenklinik des *Prof. C. Freiherrn v. Rokitansky* in Graz. Ueber Gesichts- und Stirnlagen. Aus der Universitäts-Frauenklinik des *Prof. R. Chrobak.* Wien 1894, Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Rothenthurmstrasse 15.

Sommer, Dr. med. et phil. Robert, Privatdocent an der Universität Würzburg. Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Aerzte und Studirende. Mit 24 Illustrationen. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894.

Thoma, Dr. Richard, k. russ. Staatsrath, ord. Professor der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie an der k. Universität Dorpat. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Erster Theil. Allgemeine pathologische Anatomie mit Berücksichtigung der allgemeinen Pathologie. Mit 436 Abbildungen und 4 Tafeln. (Bibliothek des Arztes. Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.) Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

***Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau** kosten 36 kr. = 60 Pf.*
Einbanddecken** für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. **mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.


25 Medaillen I. Classe.
9 Ehrendiplome.
Empfehle meine als vorzüglich anerkannten
Maximal-
und gewöhnliche
1876
ärztl. Thermometer
Zur Bestimmung der Körpertemperatur.
Urometer nach Dr. Heller und Dr. Ultzmann, Bade- und Krankenzimmer-Thermometer etc., sowie alle Arten Thermometer, Barometer und Instrumente für Bade- und Heilanstalten.
Meteorologische Wetterhäuschen für Curorte.
Heinrich Kappeller
Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.
Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

454. *Ueber Meningitis serosa.*

Von Prof. ***Quincke.***

(Samml. klin. Vortr. N. F. 1894. 67.)

Verf. beobachtete 14 Krankheitsfälle, die ihm nach ihrem klinischen Verlaufe und anatomischen Befunde zu der Annahme einer zu Hydrocephalus führenden Meningitis serosa veranlassen. Die Krankheit tritt bei Kindern und Erwachsenen auf und kann acut, sowie chronisch verlaufen. Fälle dieser Krankheit, die nicht zur Section kamen, konnten bei acutem Verlaufe als eiterige Meningitiden, bei chronischem Verlaufe als Gehirntumoren imponiren, während bei obducirten Fällen der wässerige Erguss in die Hirnventrikel wohl oft nur als nebensächlicher Befund angesehen worden sein dürfte. Einer der Folgezustände der Erkrankung ist den Ophthalmologen öfters aufgefallen, die Erblindung durch Papillitis und Papillo-Retinitis. Beim acuten Beginne der Meningitis serosa finden sich ähnliche Symptome wie bei der eiterigen Meningitis; doch setzt die Krankheit oft langsamer ein und verläuft schleichender; Bewusstseinstrübungen stellen sich später ein und zeigen Schwankungen wie die übrigen Symptome. Im Beginne, wie in der Reconvalescenz finden sich Stimmungsanomalien. Oft kommen Hyperästhesien und Paresen (Abducens) zur Beobachtung, seltener dagegen Krämpfe; Erbrechen ist häufig; der Puls pflegt regelmässig und nicht verlangsamt zu sein. Sehr gewöhnlich, aber nicht constant ist die Stauungsneuritis des Opticus; sie tritt meist erst nach einigen Wochen auf, bleibt lange bestehen und führt, wenn sie sich nicht zurückbildet, zur Atrophie und Amblyopie.

Wichtig für die Diagnose dieser acuten Fälle, die innerhalb einiger Monate mit der Genesung oder mit dem Tode enden, ist der eiterigen Meningitis gegenüber der Umstand, dass die Symptome in kurzer Zeit bedeutenden Schwankungen unterliegen. Besonders schwierig wird oft die Differentialdiagnose gegenüber der tuberculösen Meningitis, die ebenso schleichend, remittirend, subacut verlaufen kann; hier kann manchmal erst der anatomische Befund sichere Aufschlüsse geben. Die vom Verf. beschriebenen Fälle der Meningitis serosa beginnen schleichend und verlaufen

chronisch, theils mit continuirlichem Fortschreiten, theils intermittirend und exacerbirend. Schwere Fälle dieses Leidens gleichen in ihren Erscheinungen den Hirntumoren; die Symptome des Hirndruckes treten mehr zurück gegen die Zeichen dauernder Ernährungsstörung des Gehirns; deutliche Herdsymptome fehlen. Die Differentialdiagnose wird dann mitunter unmöglich; doch spricht für die Meningitis serosa eine auffallend lange Dauer der Krankheit — ebenso wie ein rapider Verlauf — ferner frühzeitiger Eintritt der Stauungsneuritis und das Auftreten häufiger, vollkommener und lang andauernder Remissionen. Eventuell ist auch das Ergebniss der Lumbalpunction zu verwerthen, insofern nämlich das entzündliche Exsudat sich nicht wesentlich von der normalen Cerebrospinalflüssigkeit zu unterscheiden pflegt, während die Stauungsergüsse bei Gehirntumoren meist höheren Eiweissgehalt besitzen. Leichtere Fälle der chronischen Meningitis serosa gehen mit ganz unbestimmten wechselnden und oft geringfügigen Erscheinungen einher (Kopfschmerz, Schwindel, abnorme Stimmung etc.). Tritt dann eine ausgesprochene Exacerbation ein, so erscheint der Fall leicht als eine frische Erkrankung; die Section ergibt aber dann so ausgedehnte Ergüsse in den Ventrikeln und Veränderungen ihrer Wandungen der Art, dass zweifellos auf ältere Processe geschlossen werden muss.

Die Meningitis serosa findet sich vorzugsweise bei Kindern, und zwar besonders in der acuten Form; sie kommt aber auch bis in das dritte Jahrzehnt hinein vor, indem sie mit dem höheren Alter mehr chronisch und exacerbirend auftritt. Als Ursachen der Krankheit werden angegeben: Kopftraumata, anhaltende, geistige Anstrengung, Alkoholwirkung, acute, fieberhafte Krankheiten. Dagegen liegt im Allgemeinen keine Infection durch Mikroorganismen der Erkrankung zu Grunde; parasitäre Meningitiden pflegen auch vorwiegend cortical, nicht ventriculär zu verlaufen. Die Heilung der serösen Meningitis erfolgt durch das Nachlassen der Exsudation, oder diese wird compensirt durch eine Erweiterung der Abflusswege. Differentialdiagnostisch kommen, wie aus dem geschilderten Krankheitsbilde hervorgeht, die eiterige und tuberculöse Meningitis, sowie in chronischen Fällen die Gehirntumoren in Frage.

Die Behandlung erfordert in acuten Fällen dieselbe Antiphlogose, wie etwa die eiterige Meningitis (Blutegel, Eis, Drastica); dabei sind Aussichten auf Erfolg, den leichteren Erscheinungen entsprechend; günstiger bei der serösen Entzündung. (Besonderen Werth legt Verf. auf die Anwendung des Quecksilbers vom Darm-, Haut- oder Unterhautbindegewebe aus); er hat damit in einzelnen Fällen überraschende Erfolge gesehen: geringere Wirkung wird dem Jod zugeschrieben. Anzuwenden sind auch Ableitungen auf die Haut des Kopfes und Nackens, zumal durch Einreibung von Tartarus stibiatus-Salbe. Endlich kann in acuten Fällen die Entleerung des Exsudats durch die Lumbalpunction einen gewissen therapeutischen Werth besitzen.



Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

455. ***Ein prämonitorisches Symptom der Lungentuberculose.*** *Von* **Destrée**, *Brüssel. (Vortrag am XI. internat. med. Congress in Rom, Section f. innere Med. — Wiener med. Presse. 1894. 16.)*

Im Verlaufe der Lungentuberculose fand Verf. häufig eine ungleiche Erweiterung der Pupillen, gewöhnlich wenn die Tuberculose einseitig ist, auf der afficirten Seite, und bald auf der Seite der mehr, bald auf der Seite der weniger betroffenen Lunge, wenn die Tuberculose beiderseitig ist. Besondere diagnostische Wichtigkeit erlangt dieses Symptom dadurch, dass es sich weder bei einer Pneumonie der Lungenspitzen, noch bei chronischer Bronchitis mit Emphysem findet, hingegen wird es häufig nach Pleuritiden, die vor mehreren Jahren abgelaufen sind, beobachtet. Versuche an Thieren haben ergeben, dass man nach Belieben eine ungleiche Erweiterung der Pupillen durch Reizung des Sympathicus in der Brusthöhle erzielen kann. Jede mechanische oder elektrische Reizung des Plexus sympathicus in der Nähe des Lungenhilus erzeugt eine Erweiterung der Pupille auf der gereizten Seite. Durch Vermittlung des ersten Ganglion thoracicum und des Gangl. cervicale inferius wird die Reizung auf das Gangl. ophthalm. übergeleitet. Die Beobachtung wird gestützt durch Sectionsbefunde, welche lehren, dass im Verlaufe der Lungentuberculose eine mechanische Reizung des Lungenhilus und der Fasern des Plexus pulmonalis sympathicus durch die hypertrophirten Bronchiallymphdrüsen zu Stande kommen kann; da diese Drüsen häufig vor oder wenigstens während des Uebergreifens des Processes auf die Lunge anschwellen, so erzeugen sie schon frühzeitig in der beschriebenen Weise eine ungleiche Erweiterung der Pupillen, welche demnach ein werthvolles Zeichen für die Diagnose der Bronchialdrüsen-Tuberculose anzusehen ist. Diese Erscheinung ist oft lange Zeit (in einem Falle sogar 5 Jahre) vor jeder wahrnehmbaren Lungenerscheinung zu beobachten und verdient demnach als frühzeitiges Symptom der Lungentuberculose die vollste Beachtung.

456. ***Pseudoparaplegie und Muskelstörungen auf hysterischer Basis bei Knaben.*** *Von* **Jules Simon.** *(Progrès méd. 1894. 1. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 25.)*

Die Frequenz nervöser Affectionen bei Kindern steigert sich in unserer nervösen Zeit mehr und mehr. Verf. berichtet über 7 Beobachtungen von verschiedenen Formen von Muskelstörungen functioneller Impotenz, Contractur und spastischen Anfällen, welche alle plötzlich und auf eine fast wunderbare Weise verschwanden, nachdem sie Wochen und Monate lang gedauert hatten. Sämmtliche Fälle wurden bei Knaben beobachtet und bilden das Gesammtbild von Muskelstörungen hysterischen Ursprungs. Der folgende Fall möge als Illustration der Affection dienen. Er betraf einen Knaben von 12 Jahren, welcher seit 10 Wochen nicht mehr gehen konnte. Die Affection hatte mit einem heftigen Schmerz in dem einen Knie begonnen, welcher den Knaben zwang, das Bein zu biegen und das Bett zu hüten. Im Bett hatte er eine heftige Gemüthserregung, als er hörte, dass Jemand sagte, er wäre gelähmt und

würde sein ganzes Leben hindurch hinken. Zwei Tage später war der Schmerz im Knie verschwunden, so dass er sein Bein im Bett gut bewegen konnte, als er jedoch aufstehen wollte, konnte er nicht gehen. Es bestand ebenso wie in dem ersten Fall die absolute Unmöglichkeit zu gehen und zu stehen mit Abwesenheit jeder Atrophie und Erhaltung der vollen Muskelkraft. Der Knabe war nervös, erregt, von sehr lebhafter Intelligenz, launenhaft und schlecht erzogen. Die Eltern waren Neuropathiker. Verf. verordnete eine indifferente Behandlung und versicherte, dass sich nach 14 Tagen die sichere Heilung mehr und mehr einstellen werde. Nach 14 Tagen fing wirklich der Knabe, nachdem er kurze Zeit steif gegangen war, an zu gehen, zu springen und zu laufen, als wenn ihm nichts gefehlt hätte, obgleich er am Tage vorher noch auf allen Vieren gekrochen war.

Bei 3 dieser Fälle waren die Unterextremitäten von den functionellen Störungen betroffen, während bei 2 anderen ein Arm ergriffen war. Der eine Knabe hatte eine Art von hemichoreatischen Anfällen im rechten Arm, welcher mehrmals am Tage und in der Nacht wie ein Mühlenflügel umhergeschleudert wurde. Die Bewegung endete jedesmal damit, dass der Knabe den Arm hinter dem Rücken festhielt. Nach 14 Tagen behauptete er, einen heftigen Schmerz in der Schulter zu haben, und von da an hörten die Bewegungen auf und er war geheilt. In einem Falle betraf die functionelle Störung zugleich Arme und Beine. Der Knabe erhob sich mehrmals am Tage wie durch Federkraft emporgeschleudert, sprang, die Arme umherschleudernd, im Zimmer umher und setzte sich dann ebenso plötzlich nieder mit starkem Seufzen. Er kam sehr langsam zur Heilung, aber die Intelligenz hatte stark gelitten, mehr als bei den andern Kindern. Alle Störungen bei den mitgetheilten Beobachtungen hatten sich auf nervöser Basis entwickelt und wurden durch Erscheinungen von Seiten des Gehirns vorbereitet. Als Prodrome gingen allerlei nervöse Symptome vorher, als Kopfschmerz, Grimassen, Schlaflosigkeit, Alpdrücken. Incontinentia urinae und unmotivirtes Weinen und Lachen. Alle Kinder lebten in einer nervösen, aufgeregten Umgebung, und die Eltern waren in allen Fällen entweder Alkoholiker oder Neurastheniker. Die pseudoparalytischen und spastischen Anfälle begannen fast immer mit einer Art schmerzhaften Aura; heftige Schmerzen in dem betreffenden Gliede. Kopf- und Magenschmerzen. In einigen Fällen spielte auch eine lebhafte Gemüthserscheinung eine Rolle. Knapp vor der Heilung traten ebenfalls Schmerzen auf. Eine besondere Wichtigkeit haben die intellectuellen Störungen: Die Wunderlichkeiten, die übermässige und lügenhafte Einbildung, das Bedürfniss nach Komödie, nach unmotivirtem Aerger und Weinen. Bald ist die Intelligenz, bald das Moralgefühl, bald die Willenskraft geschwächt, und zwar in allen Abstufungen vom leichten bis zum schweren Grade. Die Heilung tritt zuweilen plötzlich ein, aber es kommen auch oft andere Störungen nach dem Aufhören der Zuckungen: heftige Migräne, Lichtsehen, Lichtscheu, Erbrechen, nicht selten Amblyopie, sehr oft Polyurie, Enuresis nocturna und geistige Störungen: Verzweiflung, unmotivirter Hass und Eifersucht, welche oft wie im Transfert die Muskel-

störungen ablösen. Für die Aetiologie dieser Affectionen sind besonders wichtig die Abstammung von Neuropathikern und Alkoholikern und die nervöse Umgebung. Von nervösen Eltern abstammend und erzogen in einer neuropathischen Familie, wird das Kind ebenfalls nervös, und es genügt dann eine Gemüthserregung, ein Widerspruch, ein Schreck oder Schmerz, um eine der beschriebenen Affectionen auszulösen. Die Entfernung des Kranken aus der Familie ist daher oft das einzige wirksame Mittel. Hydrotherapie erscheint völlig ausgeschlossen, da kalte Douchen und Abwaschungen wegen der starken Hyperästhesie der Haut mehr schädlich als nützlich sind und nur warme Waschungen vertragen werden. Seebäder und sogar der Aufenthalt an der See geben schlechte Resultate. Von internen Medicamenten wirkt Brom wenig, besser die Valeriana. Es ist gut, jeden Abend ein Klystier zu geben von 10—12 Grm. zerkleinerter Valerianawurzel mit so viel Wasser abgekocht, dass nach einstündigem Kochen ungefähr ein halbes Wasserglas voll übrig bleibt. In Bezug auf die inneren Schmerzen muss man den Gebrauch von Opium vermeiden, welches Dyspepsie und Obstipation verursacht. Wenn die Schmerzen nicht durch Jodtinctur, Sinapismen und Points de feu verschwinden, kann man $^1/_4$ Cgrm. Morphium injiciren. Bei Schmerzen im Darm wirken am meisten beruhigend Belladonna und Hyoscyamus (Pillen mit 0·01 Extr. belladonn. und 0·01 Extr. hyoscyam.) und Campherklystiere. Bei Anämie werden Eisenpräparate schlecht vertragen, man gebe Arsen und im Winter, wenn der Magen es verträgt, Leberthran. Bei jedem Mittel soll man ein sehr grosses Vertrauen auf die Wirkung an den Tag legen und die guten Resultate energisch betonen, eine solche indirecte Suggestion wirkt oft mehr als das Mittel selbst.

457. ***Ueber einen Fall von Arterienthrombose nach Influenza, nebst Bemerkungen.*** *Von Geh. Rath **E. Leyden**. (Charité-Annalen. XVII. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 30.)*

Die 20jährige Patientin, die 6 Wochen zuvor an Influenza erkrankt und eine Woche lang dadurch an das Bett gefesselt war, erwachte eines Morgens mit stechendem Schmerz in der linken Hand. Die anfänglich blasse Farbe derselben machte nach einigen Tagen einer blauen Färbung Platz. Gleichzeitig trat Kältegefühl und zunehmende Schwäche in derselben auf. Bei ihrem Eintritt in das Hospital constatirte man sofort das Fehlen des linken Radialpulses; in der linken Art. brachialis fand man oberhalb des Ellbogens einen federkielstarken Thrombus von etwa 3 Cm. Länge, oberhalb dessen die Arterie kräftig pulsirte. Der Thrombus ist auf Druck ziemlich schmerzhaft. Da der Befund am Herzen normal war, konnte mit Sicherheit die Diagnose auf Arterienthrombose in Folge von Influenza gestellt werden. Die elektrische Prüfung der Muskeln an Hand und Vorderarm ergibt eine nicht erhebliche, aber deutliche Herabsetzung der Erregbarkeit; später zeigte sich in gewissen Muskeln, die etwas atrophisch geworden waren, partielle EaR. Die Temperaturmessung der Haut im Spatium inteross. prim. bei tiefen Eindrücken ergab für die linke Hand 28·5° C., für die rechte Hand 34·8° C. Der Thrombus dehnte sich nach oben aus und war vom Condyl. internus 15 Cm. ent-



fernt. Allmälig trat Besserung der Symptome und Ausgleich der Circulationsstörungen ein, obwohl die Verschliessung der Art. brachialis weiter fortbestand und ein Puls an der Art. rad. sin. nicht wieder erschien. Spontane Arteriothrombose und Gangrän wurden nach verschiedenen acuten Krankheiten beobachtet, am häufigsten in der Reconvalescenz vom Typhus. Ein Fall von Verstopfung der Art. poplitea nach Erysipel wurde unlängst von einem französischen Forscher mitgetheilt. Wiederholt wurde der Vorgang nach Influenza beobachtet. Das Zustandekommen der spontanen Arterienthrombose nach Infectionskrankheiten, speciell nach Influenza, anlangend, genügt, nach Verf., die Deutung als marantische Thrombose nicht, da die Influenza nach einer mehrtägigen Dauer keinen merklichen Marasmus herbeiführen kann. Verf. ist geneigt, das in Rede stehende Phänomen mit dem Zerfall der weissen Elemente des Blutes in Zusammenhang zu bringen, welche sich vom Beginn der Erkrankung bis zur Fieberkrise und noch nach derselben vermehren und dann reichliche Zerfallsproducte — die Blutplättchen — liefern. Durch verschiedene neuere Arbeiten ist es wahrscheinlich geworden, dass Gifte und Toxine Zerfall der weissen Blutzellen und durch Anhäufung der Blutplättchen Gerinnung hervorrufen können.

458. ***Ueber Scleroderma.*** *Von A. Eulenburg. Vortrag im Verein f. innere Medicin zu Berlin am 30. April 1894. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 19.)*

Verf. will die circumscripten und partiellen Erkrankungen vom diffusen universellen Sclerem scharf geschieden wissen. Er beobachtete 9 Fälle von diffusem universellem Sclerem. Der jüngste war 8, der älteste 52 Jahre alt. Es waren 5 Männer und 4 Frauen. Die Aetiologie ist vollkommen dunkel. Von schweren Sensibilitätsstörungen der Haut ist nichts zu bemerken. In den meisten Fällen ist Hyperästhesie vorhanden; in einem Falle bestand Abschwächung der Hautsensibilität, nämlich Herabsetzung der Druckempfindlichkeit, die aber wahrscheinlich auf mechanische Erschwerung der Reizaufnahme zurückzuführen war. In 3 Fällen bestand beträchtliche Steigerung des Leitungswiderstandes, indem die relativen Widerstandsminima sich viel höher stellten als bei Gesunden. Verf. hat schon vor 12 Jahren den Beweis zu führen gesucht, dass das Scleroderma als eine diffuse Neurose aufzufassen sei. Hierzu sei es nothwendig, vom klinischen und vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte aus den Nachweis zu führen. Von klinischen Symptomen sind hervorzuheben: Sensibilitätsstörungen, ausserdem mannigfache trophische Störungen (z. B. einseitige Gesichtsatrophie), Sclerodactylie, grosse Neigung zu Ulcerationen und gangränescirenden Processen; *Westphal* hat einen Fall von hochgradiger Muskelatrophie beschrieben; ferner Steigerung der Schweisssecretion, die allerdings nicht constant beobachtet wird, endlich allgemeine Ernährungsstörungen, Abmagerung etc., hochgradige Verstimmung. In gewissen Fällen entspricht die Ausbreitung dem Verlaufe gewisser Nerven. Die pathologische Anatomie lässt dagegen vollkommen im Stich. Die Behandlungsmethode der Krankheit, die für Neuro- und Dermatologen von Interesse ist, bestand in der Anwendung von Massage, Einreibungen und Bädern. Der galvanische Strom hat nichts geholfen.



Verf. hat den Eindruck, dass die Kranken auch Localbehandlung schlecht vertragen, ebensowenig Thermal- und Soolbäder. Es bleibt aber weiter nichts übrig, als alle hygienischen Verhältnisse der Kranken zu bessern und Schädlichkeiten zu verhindern.

Neuere Arzneimittel.

459. ***Ueber Dulcin.*** *Von Prof. **R. Kobert,** Dorpat. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 16.)*

Der der Firma Riedel patentirte Süssstoff Dulcin oder Sucrol ist nach seiner Structur Para-Phenetol-Carbamid

$$CO \begin{matrix} NH_2 \\ NH \ . \ C_6H_4 \ . \ O \ . \ C_2H_5 \end{matrix};$$

es ist also ein aromatisches Harnstoffderivat und verwandt mit dem Phenacetin, welches bekanntlich Acetphenetidin ist. Das Riedel'sche Präparat ist ein weisses Krystallpulver, welches bei 173—174° schmilzt. Es löst sich in etwa 800 Theilen Wasser von 15° C, 50 Theilen kochendem Wasser und 25 Theilen kaltem 90%igen Alkohol. Bei längerem Kochen mit Wasser geht das Dulcin in kohlensaures Ammon und in Dipara-Phenetol-Carbamid

$$CO(NH \ . \ C_6H_4 \ . \ O \ . \ C_2H_5)_2$$

über, welches nicht mehr süss schmeckt. Die Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Dulcins ergaben eine Verschiedenheit der Wirkungen desselben bei verschiedenen Thieren. *Aldehoff* fand, dass bei Hunden nach längerer Darreichung von Grammdosen der Harn braunroth wird, die sichtbaren Schleimhäute sich verfärben, gleichzeitig kommt es zu Erbrechen, verminderter Fresslust und Abmagerung. Ein einziger kleiner Hund von nur 3·4 Kgrm. starb nach etwa 20 Tagen und bot bei der Section das Bild eines schweren Icterus dar. Hingegen gelang es ihm nicht, bei Kaninchen durch Dulcin Störungen des Allgemeinbefindens herbeizuführen. *Kossel*, der unabhängig davon das Mittel gleichfalls prüfte, fand, dass Kaninchen das Mittel fast reactionslos in erheblichen Dosen vertragen. Hunde erwiesen sich als empfindlicher, aber auch bei ihnen traten erst nach Verabreichung übermässiger Dosen von Dulcin Symptome des Uebelbefindens auf und schwanden beim Aussetzen des Mittels bald wieder. Zwei Hunde erhielten 25 Tage hindurch täglich 2 Grm. Dulcin und zeigten, ganz vorübergehendes Aufhören der Fresslust abgerechnet, am Ende des Versuches keinerlei abnorme Erscheinungen. Für die Katze lagen bisher keine Beobachtungen vor. Verf. stellte an diesen Beobachtungen an, weil die Katze gegen blutzersetzende Gifte noch empfindlicher ist wie der Hund. Schon früher ergaben Versuche am Blut von Pflanzen- und Fleischfressern die gänzliche Unschädlichkeit des Dulcins bei directer Mischung beider. Bei den Katzen erhielt Verf. als Ergebniss, dass das Dulcin in kleinen Dosen, d. h. in solchen, welche denen entsprechen, die für den Menschen in Frage kommen können, für Katzen unschädlich ist. In abnorm hohen Dosen macht es diese Thiere sofort krank und tödtet sie schliesslich, aber das Vergiftungsbild der Katzen weicht von demjenigen, welches *Aldehoff* am Hunde



beobachtet hat, erheblich ab: von Blutzersetzung und Icterus ist nichts Auffallendes wahrnehmbar; vielmehr dürfen rein cerebrale Lähmungserscheinungen den tödtlichen Ausgang bedingen. Auf Grund der obigen Versuche hält Verf. die Anwendung relativ kleiner Gaben des Dulcins zur Versüssung von Nahrungsmitteln bei Diabetikern für unschädlich. *Ewald* gab einzelnen Patienten bis 1·5 Grm. pro die ohne Schaden. Von einem an Dyspepsie leidenden Kranken wurden 3 Wochen hindurch täglich 16 Stück Dulcinpastillen, welche fast 8 Grm. Dulcin in toto enthielten, gut vertragen. Durch seinen rein süssen Geschmack bildet es einen Fortschritt gegenüber dem Saccharin; als directes Blutgift darf es wohl kaum angesprochen werden. *Lsch.*

460. ***Ueber Jodrubidium.*** *Von* ***Leo Leistikow.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XVII, pag. 509.)*

Ordnet man die sogenannten Alkalimetalle nach ihren Atomgewichten, so hat man folgende aufsteigende Reihe: Lithium, Natrium, Kalium, Rubidium, Cäsium. Die beiden letzteren Metalle sind sehr selten und daher sehr theuer. Das Jodrubidium ist ein dem Jodkalium ähnliches, an der Luft haltbares, geruchloses, bitterlich-salzig schmeckendes, im Wasser leicht lösliches Salz. Zur Verwendung kam eine 5%ige wässerige Lösung, von der Verf. täglich 3 Esslöffel voll nehmen liess; bei den in Behandlung genommenen 8 Patienten wurde in allen Fällen eine vortreffliche Heilwirkung erzielt. Verf. weist vor Allem darauf hin, dass es in einem Falle von Herzklappenerkrankung die Herzthätigkeit nicht im Geringsten beeinflusste und empfiehlt es daher in allen Fällen, in denen von Jodkalium wegen Beeinflussung der Herzthätigkeit abzusehen ist, Jodrubidium anzuwenden. Beschwerden von Seiten des Magens sind in keinem Falle aufgetreten; jedoch haben sich auch nach dem Gebrauch des Jodrubidiums die unangenehmen Nebenwirkungen des Jods eingestellt. Der Geschmack ist nicht unangenehm salzig wie der des Jodkaliums.

461. ***Ueber Duboisinum sulfuricum.*** *Von Dr.* ***Ladislaus v. Henyey,*** *Secundararzt an der Vorarlberger Landes-Irrenanstalt Valduna. (Wiener med. Presse. 1894. 7, 8.)*

Das Duboisinsulfat wendet Verf. ausschliesslich in Form von subcutanen Injectionen an, und zwar in einer Lösung von 0·01 in 10·0 Aqua destillata. Er begann in den meisten Fällen 8 Theilstriche der *Pravaz*'schen Spritze zu injiciren, nur selten, in heftigeren Aufregungszuständen, applicirte er 0·001 als Anfangsdosis. Die Einzeldosen variirten zwischen 0·0008—0·002; über 2 Mgrm. ging er in keinem Falle und war so vorsichtig, selbst pro die nicht mehr als 0·003 anzuwenden. Alle Injectionen wurden vom Verf. im Rücken, zwischen den Schulterblättern, angebracht; dieselben sind nicht schmerzhafter, als jene mit Morphium oder Codein. Infiltrate oder gar Abscesse kommen nie vor. In den meisten Fällen war nach der Duboisininjection schon am nächsten Tage jede Spur verschwunden und nur selten war noch am 2. bis 3. Tage einige Empfindlichkeit bei überaus sensiblen Leuten zu constatiren. Innerhalb von circa 2 Jahren hat Verf. im Ganzen bei 74 Kranken (39 Männer, 42 Frauen) 702 Injectionen (306 bei Männern, 396 bei Frauen) bei folgenden Krankheitsformen appli-



cirt: Melancholia agitata, Mania acuta, Mania periodica, Mania chronica, acuter Wahnsinn, acute hallucinatorische Verwirrtheit, Paranoia, Hysteria, secundäre Seelenstörung, Alkolismus chronicus, Epilepsia, Paralysis progressiva. Die Wirkung der Injection versagte in 3·1% aller Fälle. Die Wirkung trat in 60·8% innerhalb der ersten 20 Minuten und in 24% zwischen 20—30 Minuten, somit in 84·8% vor Ablauf der ersten $^1/_2$ Stunde ein. Die sedative Wirkung dauerte unverhältnissmässig länger als der Schlaf. In manchen Fällen dauerte die Beruhigung bis zu 24 Stunden und darüber hinaus, selbst bis zu 2—3 Tagen hielt sie an. Dieselbe machte, falls sich dieselbe über 10 Stunden hinaus erstreckte, den Eindruck der natürlichen Ruhe. Einen Unterschied in Intensität und Promptheit der Injectionswirkung bei Männern und Frauen, wie dies *Preininger* anführt, konnte Verf. nicht beobachten. Besonders günstig beeinflusst von der Injection wurden die durch die excessive Steigerung der Präcordialangst hervorgerufenen Erregungszustände der Melancholiker, und die unvermittelten, plötzlichen deliranten Zustände der Epileptiker. Eine auffälligere Beeinflussung der Respiration und des Pulses in ungünstigem Sinne kam bei Verf.'s Versuchen ausser einem Intoxicationsfalle nicht zur Beobachtung. Ueber Uebelkeit wurde von einigen Kranken geklagt, Erbrechen jedoch in keinem einzigen Falle beobachtet. Mydriasis und Sehstörungen kommen häufig, aber nicht constant vor und waren der Dosis und der Wirkung sehr oft nicht proportional. Einmal sah Verf. Erythem am Rücken auftreten, es war bis zum nächsten Tage wieder verschwunden. Die subjectiven Erscheinungen bestanden, wie dies alle Beobachter angeben, in Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Schlaffheit in der Haltung, Verlangsamung des Ganges, Benommenheit des Kopfes, Gefühl der Trunkenheit, Schwindel, Zittern, Schwanken, verschwommenes Sehen, eine lästige Empfindung des Kratzens und der Trockenheit im Schlunde und Durstgefühl. Ataxie wurde in keinem Falle beobachtet, wie auch das vorher normale Kniephänomen nach der Injection normal blieb. Bedrohliche Erscheinungen, die ganz entschieden als ziemlich schwere Intoxication aufzufassen sind, sah Verf. nur einmal bei einem gesund aussehenden 21jährigen Melancholiker, der ein normales Herz, dagegen aber eine nicht bedeutende linksseitige Lungenspitzeninfiltration hatte, und zwar seltsamerweise bei Anwendung einer geringen Dosis. Demselben wurden in einem Anfalle von Raptus melancholicus 8 Dgrm. Duboisin injicirt. Eine viertel Stunde nach der Injection sah Verf. an dem Kranken ausser einer bedeutenden Beruhigung und mässigen Schläfrigkeit nichts Auffälliges; als er jedoch etwa nach einer halben Stunde die Wirkung neuerdings controlirte, sass der Kranke blass, ganz verfallen, stöhnend, reichlich mit Schweiss bedeckt in einem Lehnstuhle zusammengekauert. Die Pupillen waren maximal erweitert, es bestand oberflächliche Respiration (33), kleiner schneller Puls (136), Zittern im Körper und clonisches Zucken der Gesichtsmusculatur. Alle diese Erscheinungen schwanden zwar nach 3 Stunden, es blieben jedoch bis zum Abend — die Injection wurde Vormittags gemacht — Zeichen von grosser Erschöpfung und leichte Benommenheit zurück. Es liegt demnach im Duboisinum

sulfuricum ein Mittel vor, dem eine die meisten bisher in der Psychiatrie zur Anwendung gekommenen Mittel übertreffende prompte sedative und hypnotische Wirkung zukommt. Dem Morphium, Codein etc. gegenüber hat es den Vorzug der raschen und nachhaltigen Wirkung, wie auch denjenigen der verhältnissmässig sehr seltenen Versagung; das Hyosciamin und Hyoscin übertrifft es aber durch die Eigenschaft, dass es nicht so vehement wirkt und dass es auch bei Herz- und Gefässkrankheiten gegeben werden kann. Ferner besitzt es den grossen Vortheil, dass es auch bei längerer Anwendung und höherer Dosirung plötzlich abgebrochen werden kann, ohne dass man deshalb von Seite des Organismus eine nachtheilige Reaction zu befürchten hätte. Was die Dosirung betrifft, so ist es, wenn sich nicht eine ganz besondere Immunität mit heftiger Aufregung vereint, nicht nöthig, die Anfangsdosis von 8 Dgrm. zu überschreiten. Auch kommt man damit längere Zeit ohne Steigerung aus. Macht sich aber nach und nach eine gewisse Angewöhnung geltend, so genügt in den meisten Fällen eine ganz geringe Steigerung, etwa von 2 Dgrm., um wieder eine volle Wirkung zu erzielen.

462. ***Die Einwirkung von Strophantus-Aufguss bei Alkoholikern.*** *Von Dr.* ***A. P. Skworzow.*** *(Wratsch. 1893. 47. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 25.)*

Verf. hat nur 3 Fälle beobachtet, doch war das Resultat ein so vorzügliches, dass es zur Nachahmung auffordert. Die Fälle betrafen sogenannte periodische Gewohnheitssäufer, Leute, die sonst den Schnaps mieden, bis plötzlich eine Periode eintrat, wo sie ohne Unterlass bis zur Bewusstlosigkeit Alkohol zu sich nahmen. Solche Anfälle dauerten bis zu einem Monat. Als Verf. ihnen Strophantusaufguss, 7 Tropfen dreimal täglich, verordnete, war der Anfall schon nach der ersten Dose coupirt. Die Patienten empfanden eine schreckliche Uebelkeit; Brechreiz stellte sich ein, ohne dass es zu wirklichem Erbrechen gekommen war; 2—3 Minuten darnach trat ein Hitzegefühl auf mit profuser Schweissabsonderung, worauf die Uebelkeiten nachliessen, und die Patienten fühlten sich besser. Als sich nach der zweiten Dose die Anfälle wiederholten, lehnten die Patienten die Annahme der Tropfen ab, das Verlangen nach Alkohol war aber verschwunden, ja der blosse Anblick der Schnapsflasche verursachte ihnen Ekel. Die Coupirung des alkoholischen Anfalles erfolgte ohne nachfolgende Hallucinationen oder Delirien, während bei den früheren Anfällen die Trinkperiode stets mit solchen ihr Ende fand. Was die Einwirkung des Strophantus anbetrifft, so ist eine Wirkung bei Gewohnheitssäufern eine ungewöhnliche. Es scheint in ihrem Organismus eine Reaction hervorzurufen, wie es sonst nicht in einem gesunden, ja selbst kranken Körper thut. Worin das eigentliche Wesen in diesen Fällen beruht, müssen weitere Untersuchungen und Beobachtungen ergeben.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

463. ***Zur Therapie der chronischen Laryngitis.*** *Von Prof. Dr. **H. Krause.** (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 16.)*

In veralteten Fällen von chronischer Laryngitis, die jeder Therapie trotzten und ihre Träger, wenn sie ihre Stimme berufsmässig brauchten, wie Sänger, Lehrer, Schauspieler u. s. w., ganz lahm legten, hat Verf. ein chirurgisches Verfahren eingeleitet, welches sich ihm in circa 25 Fällen vollkommen bewährte. Dasselbe besteht darin, dass er tiefe parallel mit dem Stimmbandrande verlaufende Einschnitte in die erkrankte Schleimhaut macht. Er berichtet über mehrere auf diese Weise behandelte Fälle, so über den ersten auf diese Weise behandelten Fall, einen Sänger, bei dem alle gebräuchlichen Mittel erschöpft waren. Sein Larynx zeigte einen Zustand, wie er bei ausgesungenen Kehlköpfen vorzukommen pflegt: die Schleimhaut rauh und trocken, die Stimmbänder verdickt, am Rande leicht knotig, unregelmässig, theilweise etwas dellig vertieft, an der hinteren Wand und an den Processus vocales diffuse, aber nirgends höckerige pachyderme Auflagerungen, dazu auf der Oberfläche des linken Stimmbandes verlaufend ein dickes, erweitertes Blutgefäss. Auf der linken Seite localisirte der Kranke die mitunter schmerzhaften Sensationen, die ihm das Singen unmöglich machten. Verf. schnitt mit einem lanzenförmigen Messer auf das erweiterte Blutgefäss der Länge nach und auf die hyperplastischen Stellen an beiden Stimmbändern ein. An besonders verdickten Partien wurden die Schnitte — immer parallel dem Stimmbandrande — durch die ganze Dicke der Schleimhaut geführt. Die Blutung war nicht beträchtlich und die Suffusionen unter der Schleimhaut verschwanden innerhalb einer Woche. Die Stimme besserte sich und die varicösen Gefässe mit den schmerzhaften Beschwerden waren verschwunden. Nach $2^1/_2$ Jahren traten wieder Beschwerden auf; es wurden wieder Incisionen in einige circumscript geröthete Stellen der vorderen Stimmbandpartien gemacht, worauf ein Nachlass der Beschwerden eintrat, der auch jetzt noch anhält. Die übrigen Fälle, welche Verf. mittheilt, betreffen eine Lehrerin, einen Börsenkaufmann, einen Schauspieler und einen Kranken der Poliklinik, der durch 7 Jahre Demonstrationsobject war. Bei allen wurden die Veränderungen in der Schleimhaut rückgängig und sie konnten ihre Stimme wieder unbehindert gebrauchen. *Hönigsberg.*

464. ***Die mechanische Behandlung der Phthise.*** *Von Dr. **Noble Smith.** Vortrag, gehalten in der 61. Jahresversammlung der British Medical Association. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 8.)*

Da es bis jetzt noch nicht gelungen ist, die Tuberkelbacillen im menschlichen Organismus zu tödten, besteht die Therapie der Phthise im Wesentlichen darin, die Vitalität des Organismus zu erhöhen. Ausser klimatischen, diätetischen, medicinalen und hygienischen Massregeln ist es von grosser Wichtigkeit, die vitale Capacität der Lungen zu steigern. Die Lungenspitzen sind hauptsächlich deswegen der Ort, von dem die Lungentuberculose ihren Anfang nimmt, weil diese Theile weniger dazu angethan sind, genügend



Luft in sich aufzunehmen. Nach *Silvester* verursacht das Gewicht der Arme bei schwachen Individuen eine Depression der oberen Rippen, wodurch eine entsprechende Versorgung der Lungenspitzen mit Luft behindert wird. Bei der grossen Neigung vieler Menschen, eine gebückte Stellung einzunehmen, wird der Thorax noch mehr comprimirt. *Silvester* empfahl einen Lehnstuhl, dessen Lehne so hoch ist, dass die oberen Extremitäten des Kranken bequem aufruhen können, ferner empfahl er Athemübungen und Gymnastik bei erhobenen Armen. Bei beginnender Phthise sind die Patienten häufig schon so geschwächt, dass sie sich diesen gymnastischen Uebungen nicht unterziehen können. Verf. empfiehlt eine Bandage, die aus weichen Schulterbändern besteht, welche die Schultern nach rückwärts nach einem zwischen den Scapulae befindlichen Polster ziehen. Letzteres wird durch einen Stahlstab gestützt, der längs des Rückens zu einem Beckenpolster herabläuft. Dieses befindet sich im Niveau, in welchem der Patient sitzt. Damit sich aber beim Sitzen der Rücken nicht vorbaucht, ist in der Mitte desselben noch ein Polster angebracht. Ein Vorfallen des Abdomens beim Stehen wird durch einen Gürtel eingeschränkt. Verf. hat mit seiner Bandage in Combination mit den übrigen Behandlungsmethoden gute Erfolge erzielt und führt als Beispiel 2 Krankengeschichten an. Der Apparat soll von den Kranken als grosse Stütze und Hilfe empfunden werden, da er die Bewegungen gar nicht behindert.

465. ***Ueber zwei Fälle von Diabetes mellitus, mit Pancreassaft behandelt.*** *Von Battistini. (Therap. Monatsh. 1893. 10. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 8.)*

Comby versuchte zuerst auf Grund der bekannten pathologisch-anatomischen und experimentellen Untersuchungen die Injection von Pancreassaft bei Diabetes, aber ohne Erfolg. Auch die englischen Aerzte *Mackenzie*, *Wood* und *Hale Wite* erzielten keine oder doch nur sehr geringe Resultate. Der Erste, welcher eine Abnahme der Harn- und Zuckermenge sah, war *Knowsley Sibley*; er gab den Saft frischer Bauchspeicheldrüse oder diese selbst ein wenig gekocht innerlich. Verf. beobachtete nun auf der Klinik von *Bozzolo* zwei schwere Fälle von Diabetes, bei welchen trotz absoluter Fleischdiät der Zucker niemals schwand. In beiden Fällen leistete die hypodermatische Injection von Pancreassaft gute Dienste. Es wurde frisches Pancreas vom Schaf oder Kalb zerschnitten und mit der gleichen Gewichtsmenge Glycerin oder physiologischer Kochsalzlösung 24 Stunden macerirt und ausgepresst. Das Glycerinextract wurde vor der Verwendung mit gleicher Menge sterilisirten Wassers verdünnt. Die Injection geschah unter sorgfältigster Beobachtung der antiseptischen Cautelen in die seitliche Bauchgegend, und zwar in der Dose von 5—20 Ccm. Die Diät war während der Behandlungszeit eine gemischte. Aus den Krankengeschichten ergibt sich, dass beide Male die Zuckerausscheidung innerhalb kurzer Zeit bedeutend abnahm. Gleichzeitig nahm die Harnmenge zu und die Stickstoffausscheidung blieb unverändert. Das specifische Gewicht blieb gleich hoch. Diese auffälligen Erscheinungen weiss Verf. nicht zu erklären; die Vermuthung, dass an Stelle des Zuckers Inosit im Harn aufgetreten sei, erwies sich als unrichtig. Im ersten Falle entwickelte sich an der Injectionsstelle ein Abscess, der mit Fieber



verlief. Möglicher Weise kann diese pyogene Infection auf die Verminderung der Zuckermenge von Einfluss gewesen sein. Beide Kranke hatten ausserdem vor Beginn des Versuches längere Zeit absolute Fleischdiät eingehalten, was bei der Beurtheilung der Resultate mit berücksichtigt werden muss. Dennoch kann man nicht umhin, dem Pancreassaft hier einen günstigen Einfluss zuzuschreiben. Verf. meint, eine Erklärung der auffälligen Resultate darin suchen zu können, dass er von Vorneherein mit weit grösseren Dosen vorgegangen sei, als seine Vorgänger.

466. ***Submembranöse Localbehandlung der sichtbaren Rachendiphtherie.*** *Von Dr. **A. Seibert,** New-York. (Jahrb. f. Kinderhk. XXXVII. 1. — Therap. Monatsh. 1894. März.)*

Verf. injicirt mittelst Spritze und mehreren von ihm construirten spitzen Hohlnadeln, welche, an einer Metallplatte befestigt, in die diphtherischen Membranen eingestochen werden, 1—2mal täglich (je 2—6 Spritzen voll) 0·4%iges frisches Chlorwasser. Hiermit wurden, theils vom Verfasser selbst, theils von anderen Aerzten, 189 Fälle von Diphtherie (bei Ersterem stets *Löffler*-Bacillen) und 22 Fälle von Scharlachnecrose behandelt im Alter von 1—35 Jahren (meist über 5 Jahren); es starben von den bis 1891 aufgezeichneten 85 Fällen 7·5%, von den anderen 104 nur 6 (von den Scharlachkranken starb nur ein Fall), während die amtliche Mortalitätsziffer der Stadt New-York 38·9% war. Die Anzahl der zu machenden Einspritzungen richtet sich theils nach der Ausdehnung des Belages, theils nach dem Schwinden der Allgemeinerscheinungen (Fieber, Kopfschmerz und Appetitlosigkeit); letztere schwinden, sobald es gelungen, die Diphtheriecultur zu zerstören, oft schon nach 1—3 Stunden; als erstes Zeichen des Erfolges stellt sich meist Appetit ein. Ohne Wirkung blieb die Behandlung nur in 2 Fällen, in 87 von 94 Fällen trat dieselbe innerhalb 24 Stunden ein, 64 heilten binnen 4 Tagen nach Einleitung der Behandlung ab. Ausserdem wurden $^1/_4$stündliche Gurgelungen (respective Schlucken) von $^1/_2$—1 Theelöffel voll während der Zeit von 6 Uhr Morgens bis 12 Uhr Nachts angewandt von:

Rp. *Tincturae Jodi* 2·0
Kalii jodati 1·0
Acidi carbolici *gtts.* X
Aquae destillatae 120·0
M. D. S. $^1/_4$stündlich $^1/_2$—1 Theelöffel.

467. ***Zufällige Vergiftung mittelst 12 Mgrm. von krystallisirtem Aconitin; Genesung.*** *Von Dr. **Veil.** (La France méd. 1893. 39. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 8.)*

Ein Apotheker verschluckte aus Versehen in einer Oblate 12 Mgrm. krystallisirtes Aconitin. Das Gift wurde um 11$^1/_2$ Uhr Morgens genommen; der Irrthum wurde entdeckt, bevor Vergiftungserscheinungen aufgetreten waren. Der Patient nahm bis zur Ankunft des Arztes 1·50 Grm. Ipecac., 0·08 Grm. Tart. emetic. und 2 Klystiere. Es trat scharfes Erbrechen ein; Patient gab an starkes Brennen in der Kehle, Gefühl von Vertaubung im Gesicht, an den Lippen, in den Gliedern; der Kopf erschien wie in einen Schraubstock gepresst. Um 12 Uhr 10 Min. erschien der Arzt. Patient war



bei Besinnung, kleiner, schwer zählbarer Puls, Herzschlag schwach und rasch, Respiration kurz, unregelmässig, die Extremitäten kalt. der Körper bedeckt mit klebrigem Schweiss. Es wurde der Körper gerieben, mit Krügen voll heissen Wassers umgeben und 1 Grm. Coffein mit 3 Grm. Aeth. sulf. subcutan injicirt. Es trat eine merkliche Besserung ein. Um 2 Uhr war der Zustand des Patienten sehr schlecht; die Pupillen so weit, dass derselbe Keinen im Zimmer erkennen konnte; nach Aussage des Patienten drehte sich Alles im Zimmer mit einer fabelhaften Geschwindigkeit um ihn herum: die Haut war kalt, der Puls am Handgelenk vollkommen unfühlbar. die Respiration schwierig, kurz, gehindert; schreckliche Krämpfe in den Waden und im rechten Bein, starrer Blick, krampfhafte Zuckungen im Unterkiefer; auffallend ist, dass Patient während der ganzen Zeit bei Besinnung und sich seines Zustandes bewusst war. Puls weniger als 36 Schläge in der Minute, dabei Erbrechen. Nach Injection von 1 Grm. Coffein und 2 Grm. Aeth. sulf. fühlte Patient sich wohler; die Besserung hielt an, nachdem während des Abends noch je 0·50 Grm. Coffein viermal injicirt worden waren. Um 9 Uhr Abends trat die Reconvalescenz ein, während der Nacht schwand das Erbrechen; während der folgenden 2 bis 3 Tage waren noch Symptome einer starken Erschöpfung vorhanden, und erst nach circa einer Woche war Patient vollkommen hergestellt. Verf. betont hauptsächlich die gute Wirkung des subcutan angewandten Coffeins in grosser Dosis.

468. ***Zur Behandlung der Sterilität der Frau mit Hilfe der Massage.*** *Von Dr. **Bumm**. Vortrag bei der Versammlung deutscher Aerzte in Nürnberg. 1893.*

Die Massage gewährt eine wesentliche Unterstützung bei der usuellen Behandlung der weiblichen Sterilität. Selbst dann auch, wenn plastische Operationen am Cervix, Rectification der Uteruslage, Behandlung des Catarrhs etc. nicht zum Ziele führten, konnte noch durch die Massage der Zweck erreicht werden. Dieselbe wurde ausgeführt: 1. Als bimanuelle Palpationsmassage. An der geeignet gelagerten Frau wird der Uterus mit seinen Adnexen unter leicht reibenden Bewegungen der äusseren Hand möglichst sorgfältig abgetastet. Besonders sind Stellen zu berücksichtigen, wo sich Narbenstränge, Exsudatmassen, abnorme Resistenz oder Verdickungen finden. Die Methode erwies sich namentlich wirksam bei Lageveränderungen des Uterus, dann bei secundärer (Einkind-) Sterilität in Folge Infection und Entzündung des Uterus und seiner Anhänge im ersten Wochenbett. 2. Als Massage des Scheidengewölbes und der Bauchdecken bei unwillkürlichem Abfluss des Sperma alsbald nach der Cohabitation. Dieser Spermaabfluss ist bei sterilen Personen häufig durch eine angeborene Enge des Scheidengewölbes, am häufigsten aber durch abnorme Reflexerregbarkeit der Beckenmusculatur und der Bauchpresse bedingt. Tamponade der Scheide blieb dagegen erfolglos. 3. Als Massage der Mucosa cervicis mittelst bougieartiger Instrumente (Uterusdilatatorien), auch in Combination mit den vorigen Methoden. Diese Behandlung ist besonders geeignet bei Zuständen, wobei die Cervicalmucosa verhärtet oder verdickt ist. Die Falten der Arbor vitae sind wie knorpelige Kämme, der durch einen zähen Schleim-

pfropf verschlossene Cervix fühlt sich bei der Abtastung wie indurirt an. In solchen Fällen genügen weder Dilatation, noch Discision, stärkere Aetzungen oder Excision der Schleimhauttumoren verursachen nur unerwünschte Narbenbildung. Dagegen führt die länger fortgesetzte Massage durch leicht drückendes Hin- und Herführen eines metallenen Uterusdilatators im Cervicalcanal häufig zum Ziele.

469. ***Zur Behandlung der Asphyxia neonatorum.*** *Von Dr. **L. Prochownick.** (Centralbl. f. Gyn. 1894. 10. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 12.)*

Für die Wiederbelebung tief asphyktischer Kinder sind die *Schultze*'schen Schwingungen bis jetzt die beste Methode; eine ihr gleichartige, zugleich leichter ausführbare, gibt Verf. nach mehrjähriger Erprobung an: sie besteht in Suspension des Kindes an den Füssen (Hebamme) und rhythmischer Compression des Thorax durch den Arzt, welcher denselben, die Daumen sagittal auf dem Sternum, die übrigen Finger auf dem Rücken, mit beiden Händen umfasst. Erst bei der 2. oder 3. Compression wird der Thorax nach der (künstlichen) Exspiration völlig freigelassen, so dass durch die elastische Ausdehnung des Brustkorbes die erste (passive) Inspiration erfolgt.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

470. ***Die Dislocatio ad peripheriam bei Unterschenkel- und Malleolenbrüchen.*** *Von Prof. **Ledderhose,** Strassburg. (Centralbl. f. Chir. 1894. 13.)*

Allen, die Gelegenheit hatten, eine grössere Anzahl von Reconvalescenten nach Unterschenkel- und Malleolenbrüchen zu untersuchen, wird es aufgefallen sein, wie häufig diese Verletzungen mit abnormer Drehung des Fusses nach aussen oder innen, also in Dislocatio ad peripheriam, zur Heilung kommen. Es tritt nun zunächst die Frage auf: wie haben wir das Vorhandensein und den Grad der fraglichen Dislocatio ad peripheriam zu bestimmen, und in welche Stellung müssen wir den Fuss zum übrigen Bein bringen, um eine abnorme Verdrehung an der Bruchstelle aufzuheben? Man muss sowohl für die Beseitigung der Dislocatio ad peripheriam als auch für die Bestimmung des Grades einer vorhandenen Verdrehung in den fraglichen Fällen in der Weise verfahren, dass man (in liegender Stellung des zu Untersuchenden) das verletzte Bein zunächst so lagert, dass die Patella parallel zur Unterlage, also horizontal steht. Dann wird eine seitliche Verdrehung nicht vorhanden sein, wenn eine dem inneren Rand der Patella entlang senkrecht auf deren Querachse construirte Linie den Innenrand der grossen Zehe schneidet. Zur zahlenmässigen Bestimmung des Grades einer vorhandenen Dislocatio ad peripheriam misst man bei horizontaler Stellung der Patella den Winkel, welchen die Fussachse mit einer durch die Mitte der Ferse gelegten Senkrechten bildet. Es fragt sich aber weiter: ist es überhaupt richtig, eine Normalstellung des Fusses dann anzunehmen, wenn dessen Längsachse bei rechtwinkliger Fussgelenkshaltung

senkrecht zur Querachse der Patella steht? Die bisher üblichen Vorschriften zur Beseitigung einer Dislocatio ad peripheriam gingen von dieser Voraussetzung aus. Verf. fand bei zahlreichen Untersuchungen von der arbeitenden Classe angehörenden Personen, dass allerdings am häufigsten eine geringe Aussendrehung der Füsse besteht, nicht selten ist aber auch Innendrehung vorhanden, und ziemlich oft steht die Fussachse genau senkrecht zu der Querachse der Patella bei rechtwinkliger Haltung des Fusses. Recht häufig werden unter physiologischen Verhältnissen nicht unerhebliche Aussen- oder Innendrehungen beider Füsse beobachtet. Es sind hier offenbar grosse Differenzen vorhanden, wobei Alter, Berufsart, abnorme Belastung, krankhafte Einwirkungen, wie Rachitis und auch Rasseneigenthümlichkeiten eine Rolle spielen. Nur durch eine grössere Untersuchungsreihe würde man wohl über die Bedeutung der genannten und anderer Einflüsse auf die Stellung der Füsse in dem gedachten Sinne Gewissheit erlangen und eine bestimmte Gesetzmässigkeit erkennen können. Aus den Beobachtungen des Verf.'s ergibt sich zunächst, dass man zur Bestimmung des Grades einer Aussen- oder Innendrehung des Fusses von einer bestimmten Lage des Beines, am besten einer mittleren mit horizontal stehender Patella, ausgehen muss. Es ergibt sich ferner, dass es unrichtig ist, worauf die bisherigen für die Beseitigung einer Dislocatio ad peripheriam gegebenen Regeln hinauswollen, in jedem Falle den Fuss eine solche Stellung zu geben, dass die Fussachse mit der Querachse der Patella einen rechten Winkel bildet. Vielmehr ist unter allen Umständen zunächst der nicht verletzte Fuss zu untersuchen, und, je nachdem dieser sich in Aussen- oder Innenrotation oder in einer Mittelstellung befindet, muss dem gebrochenen Fuss durch Verschiebung an der Bruchstelle genau dieselbe Lage gegeben werden. Man darf nämlich im Allgemeinen annehmen, dass sich in Bezug auf vorhandene Verdrehung beide Füsse vor dem Knochenbruch gleich verhielten.

Die weitere Frage, ob die Richtung einer nach Unterschenkel- oder Malleolenfractur auftretenden Dislocatio ad peripheriam etwa von der Richtung einer bereits vorher vorhandenen Verdrehung des Fusses abhängig ist, würde sich einwandsfrei nur an einem grösseren Material frischer Fälle prüfen lassen. Doch nicht nur bei der Einrichtung, auch bei der Fixirung der in Frage stehenden Fracturen verdient die Dislocatio ad peripheriam eine grössere Berücksichtigung. So sehr man sich mit den Bestrebungen einverstanden erklären kann, im Interesse der baldigen Wiederherstellung der Function bei Knochenbrüchen, Gypsverbände und überhaupt fixirende Verbände nur möglichst kurze Zeit anzuwenden, so unentbehrlich dürfte doch vorläufig wenigstens ausserhalb von Krankenhäusern, der Gypsverband zur Fixation bei Unterschenkel- und Malleolenbrüchen im Allgemeinen zu betrachten sein. Wenn man aber einmal den Gypsverband als typische Behandlungsmethode für diese Fälle beibehalten will, dann ist nicht einzusehen, warum derselbe, wie es leider so häufig geschieht, am Knie enden soll, da doch der Vortheil der besseren Fixation gar nicht im Verhältniss steht zu der functionellen Schädigung, welche ein Mitverbinden des Kniegelenks für etwa 14 Tage stiften kann. Sobald



aber eine Dislocatio ad peripheriam bei der Einrichtung beseitigt werden musste, scheint dem Verf. der über das Knie verlängerte Gypsverband ein unabweisliches Erforderniss zu sein für die Herbeiführung einer Heilung in der gewollten Stellung. Wenn bei mit hochgradiger Dislocatio ad peripheriam ausgeheilter Schrägfractur der Tibia die Osteotomie indicirt ist, kann es fraglich erscheinen, ob man die erheblich einfachere Durchmeisselung in der Bruchlinie der queren Osteotomie dann vorziehen darf, wenn weites, keilförmiges Klaffen der Meisselflächen nach der Geraderichtung des Fusses zu erwarten ist. Verf. hat kürzlich in einem Falle von Schrägfractur der rechten Tibia im unteren Drittel mit Innendrehung des Fusses um 40° (links Innendrehung um 8°) in der Bruchlinie osteotomirt (die Fibula an benachbarter Stelle); nach der Redressirung klafften die äusseren Ränder des Tibiaspaltes auf über 3 Cm. Trotzdem füllte sich derselbe schnell mit festem Callus aus, und die Heilung ging glatt von statten. —*r.*

471. ***Zur Frühoperation des Ileus.*** *Von Dr. **H. Dörfler.** (Münchener med. Wochenschr. 1893. 52. — Centralbl. f. Chir. 1894. 15.)*

Bericht über 3 durch Früh- (innerhalb 1—2 Tagen) Operation und 1 durch Spät- (5 Tage nach Beginn der Erkrankung) Operation behandelte Fälle von Ileus. Der letztere — Verlegung der Darmlichtung durch Kothsteine; Brand einer hochgelegenen, bei der Laparotomie platzenden Schlinge; Anlegung eines künstlichen Afters an derselben — verlief nach 7 Tagen tödtlich (Erschöpfung; keine Peritonitis); die 3 anderen wurden geheilt. In dem einen derselben bestand Achsendrehung, in dem zweiten Abschnürung einer Darmschlinge durch einen von ihr ausgehenden, gegen die Wirbelsäule verlaufenden Strang, und in dem dritten aus gleicher Ursache entstandene Darmeinklemmung mit — innerhalb 28 Stunden entwickeltem — Brand des Darmstückes, das zunächst vorgelagert, nach 3 Tagen in Ausdehnung von 16 Cm. mit sofort angeschlossener Darmnaht resecirt wurde. In den weiteren betreffenden Ausführungen betont Verf., wie bedenklich es sei, mit der Operation zu warten, bis alle typischen Ileussymptome entwickelt seien. Er versteht unter Frühoperation die Ausführung der Laparotomie, womöglich bevor Symptome von Herzschwäche und Peritonitis auftreten, d. i. bei den ganz acuten Fällen nach 12- bis 15stündigen vergeblichen Versuchen, die Darmpassage auf andere Weise (Ol. Ricini, Sennainfus, Wassereingiessungen in Darm, Ausheberung des Magens) zu erzwingen, und bei den subacuten spätestens am 3. Tage. Hauptvorzug der Frühoperation ist der wohlerhaltene Kräftezustand, das Fehlen jeglicher Peritonitis und Gangrän, die Möglichkeit, bei grossem Schnitt bequem nach dem Hinderniss suchen zu können, ohne stets von der Gefahr der Herzparalyse bedroht zu sein.

472. ***Ein operativ geheilter Fall von Gallensteinileus.*** *Von Dr. **W. Körte.** (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 8. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 32.)*

Ein 52jähriger Mann, der vor einem halben Jahre an Gallensteinkolik mit Abgang von zahlreichen Steinchen gelitten hatte. erkrankte mit heftigen Schmerzen in der linken Unterbauchgegend; keine Fäces und Flatus, Erbrechen, Singultus und schliesslich

Kothbrechen. Mässiger Collaps, aufgetriebener, wenig druckempfindlicher Leib; links vom Nabel prall gefüllte Darmschlingen, sonst nichts. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Darmverschluss durch einen Gallenstein. Sofort wurde die Laparotomie gemacht, bei der 20 bis 30 Cm. oberhalb der Valvula Bauhini ein im Darm fest eingeklemmter Körper von Hühnereigrösse, der sich später als Gallenstein zu erkennen gab, gefunden wurde; derselbe wurde durch Aufschneiden des Darms entfernt, wobei sich die Mucosa als vollkommen normal erwies. Vernähung der Darmwunde, Versenkung des Darms. Schluss der Bauchwunde. Prompter Wundverlauf; erste Defäcation am fünften Tage. Im Anschluss an diesen Fall erwähnt Verf. noch 3 weitere Fälle aus seiner Praxis, die vollkommen analoge Erscheinungen aufwiesen. Charakteristisch ist das plötzliche Entstehen, der sehr schnelle Eintritt von Kothbrechen bei noch leidlichem Allgemeinbefinden. Verf. glaubt der Ansicht *Naunyn's*, der von der Operation bei Gallensteinileus abräth, nicht beitreten zu müssen, einmal, weil die Diagnose fast nie ganz sicher (meist nur auf die Anamnese sich stützend) gestellt werden kann, dann aber, weil bei langem Abwarten, wenn Darmocclusion und Kothbrechen tagelang vorhanden sind, jeden Augenblick Collaps eintreten kann.

473. ***Ueber Trepanation des Beckens.*** *Von **R. Condamin**, Lyon. (Arch. prov. de chir. Bd. II, pag. 521. — Centralbl. f. Chir. 1894. 14.)*

Eine ganze Reihe von Verfahren sind bereits für die Drainage von Beckenabscessen, insbesondere Psoas- oder Iliacalabscessen, angegeben. Als principielle Forderung einer guten Methode muss hingestellt werden die sichere Ableitung der Secrete; am zweckmässigsten erscheint daher die Eröffnung der Abscesse am tiefstgelegenen Punkte. Bei horizontaler Rückenlage entspringt der tiefste Punkt der Spina posterior superior ossis ilei. Kranke mit Beckenabscessen liegen aber nicht horizontal, sondern stets mit flectirtem, bald ab-, bald adducirtem Oberschenkel und erhöhtem Oberkörper, da in dieser Stellung der betroffene Muskel entspannt wird, also der Schmerz am geringsten ist. Bei dieser Lage fand Verf. durch Messungen am knöchernen Becken und zahlreiche Versuche am Cadaver als tiefsten Punkt derartiger Abscesse eine Stelle, die ungefähr in der Mitte der Verbindungslinie der Spina superior anterior und posterior, circa 3 Cm. nach aussen von der Articulatio sacro-iliaca gelegen ist. Diese Stelle ist gleichzeitig die dünnste der ganzen Beckenschaufel, bei Erwachsenen durchscheinend. Bei kleinen Kindern ist der Knochen hier noch nicht so verdünnt, und liegt der tiefste Punkt der Abscesse ungefähr $^1/_2$ Cm. höher in Folge der anderen Beckenform. Da an dieser Stelle auch keine wichtigen Gefässe oder Nerven den Zugang verhindern, empfiehlt deshalb Verf., hier den Abscess durch Trepanation des Beckens zu eröffnen, freilich meist nach vorausgeschickter Eröffnung oberhalb des Ligam. Pouparti. Man mache in der Mitte zwischen der in jedem Falle leicht fühlbaren Spina superior anterior und posterior einen Kreuzschnitt, dessen einer Schnitt parallel der Faserung des Musc. glutaeus maximus läuft, dessen anderer, nur Haut und Fettgewebe durchtrennender Schnitt senkrecht zu ihm steht, dringe zwischen den Muskelfasern am vorderen Rande des Glutaeus

maximus in die Tiefe, hebele das Periost zurück und durchbohre die dünne Knochenplatte mittelst Trepan oder Meissel und Hammer. Fliesst der Eiter nicht sogleich aus, so gelingt es nun leicht, mit der Hohlsonde durch die Fasern des Iliopsoas hindurchdringend in den Abscess zu gelangen. Zum Schlusse berichtet Verf. über 8 von verschiedenen Operateuren nach dieser Methode operirten Fällen.

474. ***Thoraxwand-Lungenresection mit günstigem Verlauf.*** *Von Dr. **W. Müller**. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXVII, pag. 41. — Centralbl. f. Chir. 1894. 14.)*

Dieser einen 24jährigen Kaufmann betreffende Fall kam am Aachener Louisen-Hospitale im November 1888 zur Operation. Die letztere indicirende Geschwulst der rechten Brustwand war als kleine Verfärbung vor circa 4 Jahren zuerst bemerkt, dann allmälig unter Verursachung öfterer Intercostalschmerzen, aber ohne Schädigung des Allgemeinbefindens zu einer Prominenz von etwa Handtellergrösse herangewachsen, welche an der Vorderseite der 4.—7. Rippe festsass. Entblössung der Geschwulst durch Ablösen eines handgrossen, nach unten convexen Hautlappens. Die 5. Rippe ist Ausgangspunkt derselben. Es müssen resecirt werden von der 4. Rippe 10 Cm. vom Sternalansatz an, die 5. Rippe von der vorderen Axillarlinie bis zum Brustbein und ein 4 Cm. langes Stück der 6. nebst dazugehöriger Pleura. Sowie die Resectionsschnitte vollendet, sinkt die Geschwulst mitsammt der Lunge in die Pleurahöhle, was sofort den bedenklichsten Collaps, Stillstand der Athmung, Unfühlbarkeit des Pulses bewirkte. Die Erscheinungen schwinden, sobald die Geschwulst wieder gehoben wird, wobei die Lunge auch mit emporgehoben wird. Die Lunge ist also mit der Geschwulst untrennbar verwachsen, und zwar, wie sich bei genauerem Nachsehen zeigte, am Unterlappen in 9 Cm. Länge und 3 Cm. Breite. Durch Anziehen der Geschwulst kann man die Lunge stielartig lang ziehen. Doppelligatur des Lungenstieles mit Catgut im Gesunden, Abkappen des unterbundenen Lungenstückes, Naht der gesetzten Lungenwunde mit fortlaufendem Catgutfaden. Beim Loslassen der Lunge wiederum tiefster Collaps. Dieselbe wird deshalb von Neuem in die Höhe gezogen und die Wunde rasch versorgt. Naht der Wunde bis auf einen kleinen Spalt, der mit Jodoformgaze tamponirt wird. Die ersten Tage Dyspnoe, Puls 94—104, Temperatur normal. Am dritten Tage Fieber, Entfernung der Gazetampons, wobei sich 200 Grm. blutig-seröse Flüssigkeit entleeren. Das Fieber dauerte 6 Tage und war wohl durch die auf der Lungenwunde sichtbaren fibrinösen Exsudate verursacht. Am 10. Tage steht Patient auf und wird nach 3 Wochen geheilt entlassen. Er blieb gesund bis März 1891, zu welcher Zeit ein taubeneigrosser Recidivknoten in der Narbe entfernt wurde. Heilung und völlige Recidivlosigkeit bei normalem Allgemeinbefinden bis zur Zeit der Berichterstattung (Februar 1893). Die Geschwulst erwies sich als einestheils chondromatöse, theils sarcomatöse Knochengeschwulst. Vor Verf. hat erst einmal (durch *Krönlein)* eine Lungenresection mit gutem Erfolge stattgefunden. Für den Erfolg ist die Deckbarkeit der Operationswunde durch die Haut von grosser Wichtigkeit. Ein Fall von *Weinlechner*, wo die Wunde nicht gedeckt werden konnte, endete tödtlich. Die in Verf.'s Falle



vorgekommenen starken Collapserscheinungen sind bekanntlich schon öfter in früheren Brustwandresectionen beobachtet und auf verschiedene Weise zu erklären gesucht worden. Der vorliegende Fall zeigt, dass das Zusammensinken der Lunge die Hauptschuld an dem Vorgange zu tragen scheint, und dass ein prophylactisches Festhalten der Lunge oder eine Fixation derselben in Inspirationsstellung bis zum Schluss der äusseren Wunde zu rathen sein wird. Die Wundbehandlung sei wie in Verf.'s Fall rein aseptisch, nicht antiseptisch; auch sind alle Pleuraspülungen zu vermeiden, scheinen sie erforderlich, so nehme man nur sterilisirte Kochsalzlösung zu denselben.

Ophthalmologie, Laryngologie und Otiatrik.

475. ***Beitrag zur Pathogenese der Kehlkopfaffectionen beim Typhus.*** *Von Dr. L. Lucatello, Genua. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 16.)*

In einem durch die Constatirung des Bacillus *Eberth-Gaffky* im Milzsafte und durch die Nekroskopie sichergestellten Falle von Typhus hat Verf. in der entzündeten Schleimhaut des Kehlkopfes denselben Bacillus nachweisen können. Es ist dies der erste zweifellose Nachweis des Typhusbacillus im Kehlkopf und Verf. bildet sich hieran anschliessend folgende Anschauung über die Pathogenese der Kehlkopfaffectionen beim Typhus: Die Processe, welche die Drüsenschicht eventuell bis zur Geschwürsbildung befallen, müssen ausschliesslich dem Bacillus des Typhus zugeschrieben werden. Die hinzutretende Zerstörung der Mucosa macht die Ansiedlung anderer Organismen — darunter auch der pyogenen — möglich, und so bilden sich zwischen Knorpelhaut und Knorpel Abscesse, die ohne Zweifel den secundären Infectionen zuzuschreiben sind.

Hönigsberg.

476. ***Ueber Laryngitis fibrinosa.*** *Von Prof. Dr. Schech, München. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 9.)*

Ueber einen Fall dieser zu den seltensten zählenden Krankheit hat Verf. in der 65. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher berichtet. Die 47 Jahre alte Patientin gab an, Ende März 1892 von Husten und Heiserkeit befallen worden zu sein. Nach etwa 8 Tagen traten hochgradige Athembeschwerden ein, die erst dann nachliessen, als sie eine rundliche weisse Masse aushustete. Dieser Vorgang wiederholte sich alle 2—3 Tage. Die erste von Verf. am 10. Mai 1892 vorgenommene Untersuchung ergab eine so hochgradige Schwellung des linken Taschenbandes, dass das linke Stimmband weder während der Phonation, noch während der Respiration gesehen werden konnte. Am freien Rande des geschwellten linken Taschenbandes haftete ein dicker weisser Belag, der sich nach unten fortsetzte; Respiration stridulös, Stimme aphonisch, kein Fieber. Die Entfernung der Pseudomembran mit der Kehlkopfpincette gelang nur sehr schwierig, da dieselbe wiederholt abriss; endlich gelang es, unter einem deutlichen Ruck einen länglichrunden Pfropf zu entfernen. Solche Pfröpfe wurden während der Zeit der Beobachtung fünf, theils spontanexpectorisch, theils



künstlich entfernt. Sie waren meist 1 Cm. breit, 1·5—1·7 Cm. lang und ihre Form stets dieselbe; auf eine rundliche Anschwellung folgt eine deutliche Einschnürung und auf diese wieder eine Verbreiterung; die Anschwellung stellt einen Ausguss des beträchtlich erweiterten Ventriculus Morgagni dar, die Einschnürung entspricht der Grenze zwischen Stimmband und Eingang in den Ventrikel, die Verbreiterung dem Taschenband. Nach verschiedenen vergeblichen therapeutischen Versuchen wurde die von den Pseudomembranen befreite Schleimhaut mit 10%iger Lapislösung touchirt und hierauf Jodoformpulver eingerieben, was schon nach zweitägiger Anwendung ein Ausbleiben der Membranbildung zur Folge hatte. Die mikroskopische Untersuchung der Membranen ergab als Hauptbestandtheil Fibrin, eine grosse Menge Leukocyten und an einzelnen Stellen ungeheure Massen abgestossener Cylinderflimmerepithelien: auf dem Querschnitte waren zwischen den Fibrinmassen zahlreiche Pilzcolonien eingelagert, die sich als Strepto- und Staphylococcen erwiesen. Verf. hält es als wahrscheinlich, dass diese Mikroorganismen als die Ursache der Membranbildung anzusehen seien. *Hönigsberg.*

477. ***Ueber die Operationen der adenoiden Vegetationen.*** *Von Prof. O. Chiari. Vortrag am XI. internat. med. Congress in Rom. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 16.)*

Aus den statistischen Daten ist zu entnehmen, dass die adenoiden Vegetationen meistens bei Individuen über 20 Jahren beobachtet wurden, selten auch bei solchen unter 30 Jahren. Bezüglich der Aetiologie wird der Scrophulose, acuter Infectionskrankheiten Erwähnung gethan und besonders hervorgehoben, dass man häufig bei adenoiden Vegetationen abnorm weite Nasengänge, also geringer entwickelte Muscheln, antrifft, als Zeichen einer constitutionellen Anomalie. Auch von einer vererbten Disposition kann man sprechen. Die Diagnose liess sich sehr häufig per rhinoscopiam anteriorem stellen, wurde aber fast immer auch per rhinoscopiam posteriorem gemacht, um genau die Grösse und den Sitz der Vegetationen zu bestimmen. Es zeigte sich, dass die Vegetationen niemals in der *Rosenmüller*'schen Grube oder an den Tubenwülsten sassen. Ferner ergab sich, dass die Vegetationen, ob klein oder gross, fast immer zapfenartig nebeneinander vom Rachendache herabhingen. Diffuse, kissenartige Vergrösserungen der Rachenmandel kamen nur selten vor. Die Behandlung bestand fast immer in der Abtragung mit Hilfe der durch die Nase eingeführten kalten Stahldrahtschlinge und ihr Erfolg wurde durch die Rhinoscopia posterior controlirt. Die Operation wird nach vorhergehender Cocainisirung der Nase mit 20%iger Lösung fast schmerzlos vorgenommen, ist auch bei sehr kleinen Kindern (2 dreijährige, 2 vierjährige) leicht ausführbar, von keiner nennenswerthen Blutung oder Reaction gefolgt, meist in einer bis zwei Sitzungen zu vollenden; sie erfordert nur bei sehr widerspenstigen Kindern einige Assistenz. Man kann damit auch sehr kleine, ganz oben an dem Rande der Choanen sitzende Wucherungen entfernen und durch Seitwärtsdrängen des Instrumentes auch die seitlich und hinter dem Septum gelegenen. Die zum Vergleiche angestellten Versuche mit den anderen Instrumenten, sowohl den zangenartigen, als den Ringmessern und scharfen Löffeln zeigten, dass sie alle stärkere Blutung und Reaction hervorriefen,



auch öfter mehrere Sitzungen erforderten und nicht selten Verletzungen der umliegenden Schleimhaut setzten. Am besten bewährte sich noch *Gottstein's* Ringmesser, dem jedoch gerade die zapfenartigen Vegetationen sehr leicht auswichen. Die galvanokaustische Aetzung oder Schlinge wurde nie angewendet als unnöthig, sehr umständlich und auch gefährlich. Es empfiehlt sich daher der Schlingenschnürer, weil er schonend arbeitet und fast immer anwendbar ist.

478. ***Ueber die Eintheilung und die Therapie der Pachydermia laryngis.*** *Von Prof. O. Chiari. Vortrag am XI. internat. med. Congress in Rom. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 16.)*

Ausser Besprechung bleiben die Papillome des Kehlkopfes, welche *Virchow* unter dem Namen Pachydermia verrucosa zur Pachydermia rechnen will, weil in klinischer Beziehung eine Zusammenfassung der Pachydermia diffusa und verrucosa unhaltbar ist. Die beiden Formen der Pachydermia diffusa, die reine typische Form einerseits und die secundäre oder accessorische andererseits, unterscheiden sich, wie aus Literaturangaben, eigenen und fremden Beobachtungen hervorgeht, nur durch den Umstand, dass die erstere Form durch chronischen Catarrh, die letztere aber durch andere, specifische Reize, als Tuberculose, Syphilis, Typhus, Lupus etc. hervorgerufen wird. Dafür spricht vor Allem die Thatsache, dass schon öfters Fälle gesehen wurden, in denen Tuberculose, Syphilis, Perichondritis etc. an den Processus vocales Wülste lieferten, die vollständig denen der Pachydermia typica glichen; dasselbe kam auch an der Plica interarytaenoidea vor. Ferner bestehen die durch chronische Reize, sei es Catarrh, Syphilis oder Tuberculose etc. bedingten Höcker und Wülste an den Stimmbändern und der Plica interarytaenoidea in gleicher Weise aus verdicktem, grosse Zapfen in die Tiefe sendendem Epithel und aus infiltrirtem Bindegewebe; ferner kommen geringe Grade von Epithelverdickung sehr häufig an den Stimmbändern und der Plica interarytaenoidea vor; endlich waren alle diese Veränderungen schon früher, sowohl den Anatomen, als den Laryngologen bekannt, ja selbst die Pachydermia typica an den Processus vocales wurde schon beschrieben und abgebildet und nur anders benannt, gewöhnlich auch unrichtig, nämlich als Geschwür mit wallartigen Rändern gedeutet. Man kann also unter Pachydermie nur ein Symptom verstehen und keine Krankheit. Die Therapie der Pachydermia bezieht sich daher auf alle Formen der Epithelverdickung im Larynx, seien sie dünn oder dick, mit oder ohne Betheiligung des Bindegewebes einhergehend, durch Catarrh oder andere Krankheiten veranlasst. Es wird dann 1. die Behandlung der leichten Epithelverdickungen, besonders in der Plica interarytaenoidea, besprochen, 2. die Therapie der typischen Wülste an den Processus vocales, bei denen sich mehr die medicamentöse als die operative empfiehlt, während hingegen 3. bei den pachydermischen Infiltraten an der Plica interarytaenoidea, seien sie durch Catarrh oder Tuberculose oder Syphilis oder andere chronische Reize bedingt, mehr die Operation mit schneidenden oder galvanokausti schen etc. Instrumenten anzurathen ist. Eine unbedingte Indication für die operative Behandlung geben aber jedenfalls sowohl die typischen, als auch die accessorischen Wülste



und Höcker, wenn sie die Stimme oder Athmung bedeutend stören. Schliesslich wird die Elektrolyse als sehr energisch und doch reizlos wirkend sehr für diese Operation empfohlen.

479. ***Persistirende Neuralgie nach Extraction eines Zahnes.*** *Von* ***R. Denison Pedley.*** *(Brit. Journ. of Dent. Sc. Bd. XXXVI. 1893. October. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 5.)*

Verf. beschreibt einen Fall; in welchem nach der Extraction eines Zahnes starke nervöse Schmerzen zurückgeblieben sind. Patientin, eine Wäscherin, 29 Jahre, von gesundem Aussehen, hatte sich bei einem Droguisten einen Zahn ausziehen lassen. (In England bereiten die sogenannten Chemist's in Ermanglung von Apotheken Medicamente und curiren auch.) Nachdem die Patientin trotz der Entfernung des Zahnes noch immer Schmerzen hatte, ging sie zu einem Zahnarzte, der ihr aus der Wunde eine Anzahl Knochensplitter entfernte. Aber auch jetzt liessen die Schmerzen nicht nach, so dass auch die Nachbarzähne entfernt wurden. Nach 6 Wochen übernahm Verf. die Behandlung der Patientin. Nach erfolglosen Bemühungen, die Schmerzen mittelst medicamentöser Behandlung zu beseitigen, wurde in der Stickstoffoxydulnarcose mit einem Rosenbohrer der Grund der Alveole des zuerst extrahirten Zahnes gut ausgebohrt und damit hörten die Schmerzen auf. Verf. ist der Ansicht, dass die Schmerzen von einer Dehnung des Nerv. mandibularis während der Extraction herrührten, welche zu einer Neubildung des abgerissenen Nerv. dentalis führten. Für solche Fälle, meint der Verf., ist die Amputation die einzige Hilfe.

480. ***Ueber angeborene abnorme Augenbewegung.*** *Von Dr.* ***Ludw. Aldor.*** *(Orvosi Hetilap. 1893. 36. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 15.)*

Ein 11jähriger, gut entwickelter Knabe, der bisher an gar keiner Erkrankung litt, bot an seinem rechten oberen Lide die folgenden abnormen Bewegungen: So oft er nämlich seine Unterkiefer nach abwärts bewegte, bewegte sich das obere Lid nach oben, die Augenspalte wird so weit, dass über dem oberen Drittel der Cornea ein $2^1/_2$ Mm. breiter Streifen der Sclera unbedeckt bleibt; hinwieder, wenn der Unterkiefer in Ruhestellung zurückkehrt, dann fällt auch das obere Lid aus seiner hohen Stellung zurück in die normale. Diese Bewegungen traten bei einem jeden Kauversuche mit der grössten Regelmässigkeit auf, am auffälligsten dann, wenn Patient beide Augen nach abwärts richtet. Doch stehen diese Bewegungen insoferne unter einem gewissen hemmenden Einflusse, als Patient bei Inanspruchnahme seiner Willenskraft diese Bewegungen auf 10—15 Secunden zu sistiren vermag. Die Bewegungen stellen sich blos beim Kauen ein. Zugegen ist Parese des Musculus rectus sup. oc. d.; beim Lesen wendet das rechte Auge schnell und deviirt nach einwärts, sowie auf 5—8° nach abwärts von der horizontalen Ebene. Das Sehen ist übrigens beiderseits gleichmässig scharf. Ophthalmoskopisch ist nichts Krankhaftes nachweisbar. Bezüglich der Ursache dieser Erscheinung behaupteten *Helfreich* und *Bernhardt*, dass diese Abnormität auf einer mangelnden Innervation des vorderen, den Levator palp. und den oberen geraden Augenmuskel innervirenden Theiles des Oculomotoriuskernes und der abnormen Verbindung der 3. und 5. Hirn-



nervenpaare beruht. In solchen Fällen wird der Levat. palp. durch den Oculomotorius, Facialis und Trigeminus innervirt. Mit Ausnahme eines Falles jedoch stellte sich die Bewegung der betreffenden Lider stets mit dem Kauen ein und nicht während des Sprechens; mithin hat *Bernhardt* Recht, wenn er bei der Erklärung dieses Symptomes dem Facialis überhaupt keine Rolle zuschreibt. Dass die Verbindung blos zwischen Trigeminus und Oculomotorius besteht, dafür zeugt auch der Umstand, dass sich diese Bewegungen in einzelnen Fällen auch beim Verschieben des Kinnes einstellten. *Adamük* führt diese Erscheinung auf in der Orbitalhöhle entstehende venöse Stauungen zurück, die sich bei jeder Contraction der Kaumuskeln einstellen. *Högyes* fasst sie als einen Reflexvorgang auf, der nur aus dem Unterkiefergelenk oder aus dem Labyrinth ausgelöst werden kann. Diese Erklärung gewinnt an Berechtigung, wenn man in Betracht zieht, dass die Literatur dieser Erscheinung bereits über zwei Fälle verfügt, wo diese abnorme Bewegung ohne Ptosis des betreffenden Lides beobachtet wurde und dass ein Fall publicirt ist, wo diese Abnormität an beiden Augen zugegen war. Auch *Goldzieher* betrachtete seinen ersten Fall als durch Reflex entstandenen „Nick-Krampf". Bis jetzt sind nur 12 ähnliche Fälle in der Literatur verzeichnet.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

481. ***Zur Pathologie der calculösen und arteriosclerotischen Pancreascirrhose und der entsprechenden Diabetesformen.*** *Von Dr. Fleiner. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 1 und 2. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 15.)*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Diabetes mellitus, bei denen er am Pancreas Befunde erheben konnte, welche der auf experimenteller Grundlage beruhenden Anschauung *v. Mering's* und *Minkowski's* entsprechen, dass eine Herabsetzung der Pancreasfunction leichtere Grade derselben Störung bewirken kann, welche im höchsten Grade zur Beobachtung gelangt, wenn die Function des Pancreas gänzlich ausfällt. 1. Fall: 40jähriger Taglöhner, 1886 heftige Cardialgie, seit Anfang Mai 1893 starker Durst und Hunger. 16. Mai hochgradiger Diabetes mit 8·2% Zucker, bei strenger Diät nur bis auf 2·6% herabgehend, kein Aceton. Mitte September Diarrhoe, Ende September Pneumonie mit Gangrän. 1. October Exitus. Bei der Section fand sich das Pancreas klein und derb in fibröses Bindegewebe eingebettet, Ductus Wirsung. mit zahlreichen Kalkconcrementen gefüllt, Cysten, Pancreasgewebe am Kopf in eine derbe Bindegewebsmasse ohne erkennbaren acinösen Bau umgewandelt, im Schwanztheil noch etwas acinöses Gewebe erkennbar. In diesem wird die Hauptmasse auch von derbem Bindegewebe gebildet, in dem vereinzelte Acini und Haufen von Drüsenepithelien zerstreut liegen, deren Protoplasma spärlich und getrübt ist, deren Kerne klein erscheinen. Geringe Verdickung der Intima der Arterien. Verf. glaubt nun, dass diese chronische interstitielle



Pancreatitis von den Concrementen ihren Ausgang genommen hat, deren erste Erscheinungen in den cardialgischen Schmerzen zu suchen sind, dass durch den Reiz der Concremente und des gestauten Secrets es zu einer Entzündung der Ausführungsgänge kam, die dann auf das periacinöse Gewebe übergriff und endlich Atrophie des Drüsenparenchyms herbeiführte.

2. Fall: 57jährige Frau, seit 6 Jahren häufige Gastralgien, seit 5 Monaten Schwäche, oft Heisshunger. Magengrube druckempfindlich bei der Aufnahme, Kolikanfälle; 1. November 1893 starke Aufregung, Durst, Dyspnoe mit tiefen Inspirationen, Zucker im Urin. Zunehmendes Coma. Am 3. November 4·4% Zucker, Acetessigsäure im Urin. Exitus. Section: Starkes Fettpolster, Hämorrhagien und Fettnecrose im Fettgewebe der Bauchhöhle. Pancreas sehr gross. Gesundes Pancreasgewebe, aber zusammenhängend nur noch im Pancreaskopf, sonst nur kleine versprengte Drüsenläppchen. V. lienalis thrombosirt, angrenzendes Pancreasgewebe necrotisch. Nur in vereinzelten Drüsenläppchen färben sich die Kerne noch, der grösste Theil der Drüsensubstanz ist der ischämischen Necrose anheimgefallen. Interacinöses Bindegewebe verbreitert: chronische interstit. Pancreatitis mit Ausgang von den Gefässen, welche mehr oder weniger verengt, zum Theil obliterirt sind, zum Theil Thromben enthalten. Beginnende Abscessbildung an einer Stelle. Wahrscheinlich bestand hier schon länger Diabetes in Folge Pancreascirrhose nach hochgradiger Arteriosclerose. Die Arteriosclerose kann eben so wie in der Niere zu interstitieller Entzündung im Pancreas führen, wie auch früher *Hoppe-Seyler* in 3 Fällen dies nachweisen konnte. Man wird also bei Diabetikern leichten Grades mit Arteriosclerose an eine solche Erkrankung des Pancreas denken müssen. Bei diesen finden sich dann auch die zugehörigen Erscheinungen von Seiten des Harns und der Nieren, plötzlicher Tod unter Herzschwäche, Apoplexie etc., Neigung zu Gangrän. Die Steigerung des Diabetes im 2. Fall wurde wohl durch die arterielle Thrombose bewirkt. Bezüglich der Therapie bei Kranken mit Arteriosclerose und Diabetes schlägt Verf. vor: Herabsetzung des Blutdrucks durch Regelung der Flüssigkeitszufuhr, passende Diät, Arbeitseintheilung, Gymnastik, Sorge für Stuhlentleerung etc., daher muss man seiner Ansicht nach in derartigen Fällen vielleicht von dem üblichen Diätschema bei Diabetes abweichen.

482. ***Ueber Chlorosis hiemalis.*** *Von Prof. Murri, Bologna. Vortrag am XI. internat. med. Congress in Rom. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 17.)*

Es existirt eine hiemale Chlorose (durch Kälte hervorgerufen). Aber auch bei den gewöhnlichen, nicht hiemalen Chlorosen tritt der Kälteschaden hervor, der sich in einer Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobins äussert, die einige Stunden oder höchstens einige Tage nach der Anwendung der Kälte folgt; es resultirt dies auch aus einer posthumen Steigerung des Urobilins. Bei gesunden Thieren sind die stärksten Kälteeinwirkungen erforderlich, um den Beweis der Auflösung der Erythrocyten zu erbringen. Dieser Beweis wird durch die Verminderung der rothen Blutkörperchen und die Menge des durch Galle und



Harn ausgeschiedenen Eisens geliefert. Bei den an Chlorose leidenden Patientinnen ist eine Circulationsstörung vorhanden, die in einer excessiven Anämie der Haut und einiger anderen Organe besteht, während das Blut im Bereiche der Splanchnici reichlich sich vorfindet und langsam circulirt; diese Thatsachen bestimmen eine Alteration des Blutes und Dissolution der Blutkörperchen. Die herrschende Theorie, die die Chlorose als eine Anämie betrachtet, ist nicht hinreichend zur Erklärung vieler gesicherten Thatsachen, hingegen ist die Erklärung dafür durch drei Elemente gegeben: Modification des Blutes des weiblichen Genitalsystems, das in functionelle Thätigkeit tritt, und der Gefässinnervation. Die an Chlorose erkrankten Frauen können eine ziemlich normale Reconstruction des Blutes wiedererlangt haben, und doch sind sie nicht geheilt. Für die Heilung der Chlorose ist nothwendig, auch den Genitalapparat oder das vasomotorische Nervensystem zu modificiren. Kalte Douchen und vielleicht auch das Arsenik und das Eisen selbst wirken, indem sie das Nervensystem günstig beeinflussen, und daher heilen sie endgiltig die Chlorose.

483. ***Ueber anatomische Veränderungen durch Chloroformnachwirkung beim Menschen.*** *Von Dr. Eugen Fraenkel. (Virchow's Archiv. Bd. CXXVII. — Centralbl. f. Chir. 1894. 11.)*

Die Veröffentlichung Verf.'s ist von grosser Wichtigkeit, weil sie zum ersten Mal beweist, dass dieselben Veränderungen an parenchymatösen Organen, am Herzmuskel, sowie anderen Muskeln, welche *Unger*, *Strassmann* und *Ostertag* bei Thieren als Folgeerscheinung der Chloroformeinwirkung beschrieben haben, auch beim Menschen als Chloroformnachwirkung vorkommen können. Eine gesunde blühende 25jährige Ipara wurde während der Geburt $1^1/_2$ Stunden lang in Narcose ($^1/_2$ Stunde in tiefer Narcose) gehalten. Nach der Geburt tagelang Theilnahmslosigkeit, erhöhte Pulszahl, kein Fieber. In der Folge keine Erscheinungen von Infection, aber verändertes Wesen, nervöse Stimmung. Tod 20 Tage post partum an Herzlähmung. Die sehr genau ausgeführte anatomische Untersuchung ergab eine schwere parenchymatöse, zum Theil fettige Degeneration des Herzmuskels, eine hochgradige Necrose und herdweise Verfettung der Epithelien der Nierenrinde, eine ausgesprochene Verfettung der Intima der aufsteigenden Aorta und eine fettige Degeneration der geraden Bauchmuskeln. Dieser Befund hat eine frappante Uebereinstimmung mit den Resultaten der Thierexperimente der oben genannten Forscher, und da die Frau vorher, auch während der Gravidität in jeder Hinsicht gesund war, so steht Verf. nicht an, die beschriebenen Veränderungen als Nachwirkungen des Chloroforms anzusprechen.

484. ***Untersuchungen über Massenwachsthum und Längenwachsthum der Kinder.*** *Von Dr. W. Camerer, Urach. (Jahrb. f. Kinderhk. 1893. Bd. XXXVI. Heft 3.)*

Die in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden sind die „generalisirende“ und „individualisirende“. Bei der ersten wägt und misst man viele Kinder desselben Alters und zieht aus den gewonnenen Zahlen den Mittelwerth, und zwar zieht man nun für jedes Alter den Mittelwerth. Die zweite Methode verfolgt den Weg, das Leben und die körperliche Entwicklung vieler Einzel-



individuen bezüglich ihrer Längen- und Gewichtszunahmen genau zu beobachten und aus den Einzelzahlen die Mittelzahlen zu bilden. Diese zweite Methode ist die vom Verf. geübte. Bezüglich der Gewichtszunahme bestätigt eine genaue Tabelle zunächst Bekanntes, dass in den ersten Tagen eine Gewichtsabnahme stattfindet, dass Päppelkinder im ersten Jahr stets hinter Brustkindern zurückbleiben und erst am Ende des ersten Jahres das gleiche Gewicht erreichen. Es zeigt sich aber auch gegen Ende des 3. Vierteljahres eine Hemmung, die der Verf., weil bei allen Kindern vorkommend, der Zahnentwicklung zuschreibt. Die Frauenmilchkinder mit normalem Anfangsgewicht zeigten in ihren Gewichtszahlen deutlich, dass das tägliche Wachsthum von der Geburt an stetig abnimmt, und zwar um so langsamer, je grösser die Hemmung in den ersten Tagen war. Am Ende des ersten Jahres erreichen alle Kinder ungefähr dasselbe Endgewicht; nur bei besonders niedrigem Geburtsgewicht bleibt dieser Fortschritt geringer; überhaupt scheint das niedrige Geburtsgewicht, wie die Beobachtung von drei Kindern einer Familie zeigte, die Gewichtsvermehrung auf lange hinaus zu beeinträchtigen. Es haben — wie ferner die Tabelle lehrt — Knaben während des ganzen ersten Lebensjahres ein höheres Gewicht als Mädchen. Für das zweite Lebensjahr hat Verf. den Gewichtszuwachs auf rund 2500 Grm. festgestellt gegenüber 6500 im ersten Jahr, und zwar fallen davon $^3/_5$ auf das erste und $^2/_5$ auf das zweite Halbjahr. Die eigentlichen Wachsthumsvorgänge bei Knaben sind, nach den Untersuchungen Verf.'s, gegen das 18. Jahr, bei den Mädchen gegen das 16. Jahr vollendet. Die dann noch etwa bis zum 25. Lebensjahr eintretende Gewichtszunahme beruht auf Fettansatz und hängt nicht unmittelbar mehr mit Wachsthumsvorgängen zusammen. Die Masse des Längenwachsthums sind als unsichere Angaben nur mit Vorsicht zu weiter gehenden Schlüssen zu verwerthen; bei der oft nur geringen Längenzunahme eines Kindes fallen geringere Störungen viel mehr in's Gewicht, wenn z. B. durch längere Bettruhe oder strammere Haltung (Dienstzeit) eine Verlängerung resultirt. Im Allgemeinen werden aber, da hauptsächlich das Skelet und die Musculatur das Massenwachsthum bedingen und an ersterem auch die Längenzunahme besonders hervortritt, die Curven beider nicht wesentlich von einander abweichen. Der Unterschied beruht nach den Angaben des Verf. darin, dass die Curve des Massenwachsthums ihr Minimum früher etwa vom 3.—7. Lebensjahr hat, während die der Längenzunahme ein nur schwach ausgeprägtes Minimum vom 7.—10. Lebensjahr zeigt. Ein Aufhören der Zunahme tritt für beide Richtungen gleichmässig, etwa bei Mädchen zwischen dem 15. und 16., bei Knaben im 18. Lebensjahre ein. Verf. zeigt des Ferneren noch an einigen sehr sorgfältig aufgestellten Curventafeln die Schwankungen, welche die Gewichtszunahme bei Menschen verschiedenen Alters (Säugling, Knabe, Jüngling) am Tage erleidet und verspricht auch die durch die Jahreszeiten verursachten Schwankungen nächstens zu veröffentlichen. Vorweg bemerkt er, dass seine Beobachtungen mit denen *Malling-Hansen's* gut übereinstimmen, welche dem Herbst eine gewichtsfördernde, dem Frühjahr eine gewichtsmindernde Einwirkung zuschreibt.

485. ***Zur Lehre von der Nucleoalbuminurie.*** *Von DDr.* ***K. Pichler*** *und* ***V. Vogt.*** *Aus der I. med. Abtheilung der k. k. Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien des Prof. F. Kraus. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 17. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 19.)*

Die Erkenntniss, dass es sich bei dem Symptom des Eiweissharnens durchaus nicht in allen Fällen um Ausscheidung von Serumalbumin und Globulin handelt, sondern dass neben diesen oder auch isolirt auch noch andere Eiweisskörper wie Hemialbumose (Pepton), Hämoglobin, Fibrin häufig im Harn auftreten, hat das Bedürfniss hervorgerufen, den Sammelbegriff Albuminurie fallen zu lassen und an seiner Stelle mehrere klinische Gruppen aufzustellen, wobei die Bezeichnung Albuminurie nur für die Ausscheidung der beiden Eiweisskörper des Blutplasma (Serumalbumin und Globulin) beibehalten wird. Die jüngst aufgestellte derartige klinische Form ist die Nucleoalbuminurie. Das Nucleoalbumin ist ein in Essigsäure unlöslicher, durch schwefelsaure Magnesia fällbarer Proteïnkörper, der beim Kochen mit verdünnten Mineralsäuren keine reducirende Substanz abspaltet. Während es bei Morbus Brightii fehlt, tritt es im Harn auf, sobald irgendwo im Körper, auch speciell in der Niere, eine directe Schädigung von Gewebszellen stattgefunden hat oder nucleoalbuminhaltige Secrete, z. B Galle, in's Blut übertreten. Bei der sogenannten physiologischen Albuminurie handelt es sich vielfach um Nucleoalbuminurie. Die Experimente der Verff. liefern zunächst den Nachweis, dass das Caseïn der Kuhmilch, ein Nucleoalbumin, ein harnfähiger Körper ist; nach intravenöser Injection einer concentrirten neutralen Caseïnlösung beobachteten sie durch mehrere Tage anhaltende Nucleoalbuminurie. Sie bestätigen ferner die Auffassung, dass Nucleoalbuminurie die Folge einer Schädigung von Gewebszellen sein kann. Wenn die Verff. eine Beschränkung der Sauerstoffzufuhr, die einfachste Art eine Schädigung des Protoplasma herbeizuführen, zu bestimmten Körpertheilen, z. B. zu einer Extremität oder zur Niere, durch Abklemmung der Hauptarterie veranlassten, so sahen sie regelmässig starke Nucleoalbuminurie auftreten. Weitere Versuche betrafen das Auftreten von Nucleoalbuminurie nach Thoraxcompression und nach Anämisirung einzelner Gliedmassen durch elastische Binden bei chlorotischen Mädchen.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

486. ***Unschädlichkeit der Aluminium-Kochgeschirre.*** *Von* ***Obermüller*** *und* ***Heise.*** *(Arbeiten des kaiserl. Gesundheitsamtes. 1893. VIII. pag. 377. — Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1893.)*

Versuche über die Verwendbarkeit des Aluminiums mit Aq. dest., Leitungswasser, Essig, 1% Essigsäure, 2% Wein- und 2% Citronensäure, 5% Buttersäure, ½% Weinsteinlösung, 0·001% Sodalösung, 2% Kochsalzlösung, Rothwein, Kaffee, Cognac, Branntwein, Citronenlimonade, Bier, ergaben, dass das fragliche Metall innerhalb der für Ess-, Trink- und Kochgeschirre in Be-

tracht kommenden Zeit durch saure und alkalische Flüssigkeiten bei Zimmerwärme in geringem, bei Siedehitze in sehr wechselndem, mitunter aber beträchtlichem Grade angegriffen wird, dass die Angreifbarkeit der Aluminiumgeschirre mit der Zeit in Folge von Veränderungen der Oberfläche des Metalles häufig sich verringert, und dass mit der Reinigung der Geschirre je nach der Art der Reinigung stets ein erheblicher Materialverlust verbunden ist. Die Verff. studirten auch die Frage der Gesundheitsschädlichkeit des Aluminiums an Thieren (Hund), sowie an zwei Menschen und ermittelten dabei, dass, abgesehen von einer geringen Verzögerung der Defäcation, eine erkennbare Störung des Wohlbefindens auch durch Einführung von 1 Grm. weinsauren Aluminiums pro Tag (während dreier Tage bei den zwei Menschen) nicht eintrat. Daraus schliessen sie, dass durch den Genuss von Speisen und Getränken, welche in Aluminiumgeschirren gekocht oder aufbewahrt wurden, unter den hierbei gewöhnlich in Betracht kommenden Verhältnissen eine Schädigung der Gesundheit nicht zu befürchten ist.

Dr. *E. Lewy.*

487. ***Beruht die Wirkung des Behring'schen Heilserums auf Giftzerstörung?*** *Von Prof. H. Buchner. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 4. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 15.)*

Bei der immer mehr steigenden praktischen Bedeutung, welche die Frage der Blutserumtherapie erlangt hat, ist es von der grössten Wichtigkeit, eine richtige Vorstellung von der Wirkung des sogenannten Heilserums zu gewinnen. Verf. wendet sich scharf gegen die *Behring*'sche Auffassung, dass dieses Serum die specifischen Gifte im Körper zerstöre. Eine Mischung des Tetanusgiftes und Tetanusantitoxins, die bei weissen Mäusen keine Tetanussymptome hervorruft, hat für die empfänglicheren Meerschweinchen noch toxische Wirkung. Gift und Antitoxin wirken daher nicht auf einander, sondern unabhängig auf den Thierkörper ein. Das Antitoxin macht alle, vom Gift noch nicht ergriffenen Zellterritorien immun. Es gibt also kein „Heilserum", sondern nur ein „immunisirendes Serum". Verf. will in diesem Sinne auch die von *Behring* selbst gemachte Beobachtung verwerthen, dass ein Pferd, das ein ungemein antitoxinreiches Blutserum liefert, selbst gegen die Giftwirkung überempfindlich ist, eine Thatsache, die mit einer giftzerstörenden Wirkung des Antitoxin unvereinbar wäre. Auch in der Beurtheilung der Natur der Antitoxine weicht Verf. wesentlich von *Behring* ab. Während letzterer dieselben als Reactionsproducte des thierischen Organismus auffasst, weist Verf. denselben ihre Stelle neben den Toxalbuminen als bacterielle Stoffe an. Gift und Antitoxin sind in ihrer chemischen Zusammensetzung ungemein nahe verwandt, was nicht ausschliesst, dass das eine für den Thierkörper schädlich, das andere unschädlich ist. Die Blutserumtherapie reiht sich nach dieser Auffassung den bisherigen Immunisirungs-Methoden an.

488. ***Das Ammenwesen in Hamburg.*** *Von Dr. Schmalfuss. (Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. XXV. — Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XVII, pag. 137.)*

Nach Ansicht Verf.'s ist Hamburg die einzige Stadt in Deutschland, in welcher die Ammen amtlich untersucht sein

müssen, bevor sie einen Dienst antreten dürfen. Der Verf. gibt eine Uebersicht über die Entwicklung des seit dem Jahre 1822 bestehenden Untersuchungswesens. Aus der seit 1890 zu Recht bestehenden Untersuchungsordnung mag Folgendes hervorgehoben werden. Jede Amme, welche in Dienst zu treten wünscht, meldet sich bei der Polizeibehörde, welche die Legitimationspapiere prüft; sind diese in Ordnung, so findet die ärztliche Untersuchung von dem staatlicherseits angestellten Ammenarzt statt. Der polizeiliche Erlaubnissschein, sowie das ärztliche Gesundheitsattest haben nur für 3 Tage Giltigkeit; letzteres muss, falls während dieser Zeit ein Dienst nicht angetreten ist, verlängert werden. Vom Ammendienst sind unbedingt zurückzuweisen: 1. Alle syphilitischen oder syphilisverdächtigen Ammen. 2. Alle mit Tripper oder weichem Schanker behafteten Individuen. 3. Alle tuberculösen Personen (Kehlkopf, Lungen, Drüsen, Knochen, Gelenke, Haut). Die Residuen ausgeheilter tuberculöser Processe, Drüsennarben etc. sind auf dem Erlaubnissschein unter Bemerkungen zu notiren. 4. Alle Krebskrankheiten. 5. Alle solche, bei denen seit der Entbindung ein Jahr oder längere Zeit verflossen ist. 6. An Mastitis Leidende. Selbstverständlich hat der Ammenarzt das Recht, Ammen auch aus anderen als den obengenannten Gründen zurückzuweisen, wenn es ihm aus ärztlichen Gründen nothwendig erscheint. Vorläufig zurückzuweisen sind: 1. Unreinliche. 2. Mit Ungeziefer Behaftete. 3. Mit ausgedehnterem Eczem und mit einem örtlichen Eczem oder einem anderen Hautausschlag der Brüste versehene Individuen. 4. Solche, bei denen an beiden Brustwarzen Schrunden bestehen. Von dem Nutzen der obligatorischen Untersuchung überzeugt man sich durch folgende Statistik:

	1890	1891
In Procenten wurden zugelassen .	75·0	75·7
vorläufig zurückgewiesen . . .	16·2	15·8
definitiv zurückgewiesen	8·8	8·4
	100·0	99·9

Natürlich kann bei noch so gründlicher Untersuchung ein absoluter Schutz gegen Infection, speciell Syphilis und Tuberculose, nicht geboten werden, sondern nur ein relativer. Auch wird die Aufgabe des Hausarztes, der namentlich Quantität und Qualität der Milch untersuchen wird, durch die amtliche Controle nicht illusorisch.

489. ***Ueber den Desinfectionswerth des Aethylendiaminsilberphosphates und Aethylendiamincresols, nebst Bemerkungen über die Anwendung der Centrifuge bei Desinfectionsversuchen.*** *Von Jean Schäffer, Assistenzarzt der dermatologischen Universitätsklinik in Breslau. (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskh. Bd. XVI. — Wiener klin. Wochenschr. 1894. 12.)*

Trotz der energischen bakterientödtenden Eigenschaften der gebräuchlichen Silberlösungen machte sich doch vielfach der Wunsch geltend, eine Lösung herzustellen, die wenigstens nur in geringem Masse die Fähigkeit besitze, mit Kochsalz und Eiweisskörpern unlösliche Verbindungen einzugehen. Es gelang der chemischen Fabrik auf Actien (vormals Schering) ein derartiges Präparat



in dem Aethylendiaminsilberphosphat darzustellen. Es ist eine vollständig klare und farblose Flüssigkeit vom specifischen Gewicht 0·97, alkalischer Reaction und leichter Löslichkeit im Wasser. Setzt man es einer Eiweiss- oder Kochsalzlösung zu, so entsteht nie eine Fällung, nur eine Trübung. Es war ferner im Stande, auch die stärksten Niederschläge, die durch eine Beimengung von Höllensteinlösung zu Kochsalzlösung, Hydrocelenflüssigkeit und Blutserum entstanden waren, aufzulösen; dieselbe Fähigkeit zeigte sich den Eiterkörperchen gegenüber. Das Eindringen dieses Silbersalzes in die Tiefe wurde an Leberstückchen ausprobirt, wobei sich zeigte, dass dieses viel tiefer als Höllensteinlösung eindrang. In Bezug auf die Giftigkeit fand Verf. durch zahlreiche Thierexperimente, dass dieselbe so gering ist, dass sie bei der praktischen Verwerthung dieses Salzes nicht störend sein kann. Zur experimentellen Prüfung der antibacteriellen Eigenschaften verwendete Verf. die Methode der Bacterienaufschwemmung nach *Geppert*. Die Desinfectionsversuche wurden derart angestellt, dass immer eine gleich starke und gleich grosse Menge einer Höllensteinlösung und eine solche des zu prüfenden Silbersalzes in ihrer Wirksamkeit auf die verschiedenen Bacterien zur Anwendung kamen. Die Resultate waren, dass das Aethylendiaminsilberphosphat eine ausserordentlich hohe keimtödtende Kraft den verschiedensten Mikroorganismen gegenüber besitzt, und dass es dem sehr wirksamen Argentum nitricum sehr bedeutend überlegen ist; auch dem Gonococcus Neisser gegenüber erwiesen sich besonders die alkalischen Silberlösungen als bedeutend einflussreicher, als die sonstigen gegen Tripper gebrauchten Antiseptica. Die Prüfung des zweiten Präparates, des Aethylendiamincresols, ergab Folgendes: Das A., eine farblose, wasserklare Flüssigkeit von phenolähnlichem Geruche, mischt sich mit Wasser im Verhältniss 1 : 1—8 in allen Verhältnissen; mit eiweisshaltigen Flüssigkeiten und Körpern erzeugt das Aethylendiamincresol weniger Gerinnung als letzteres allein. Die Giftigkeit ist sehr gering, wie überhaupt alle Cresolverbindungen diese Eigenschaft haben. Die Technik der Desinfectionsversuche war hier die gleiche, wie beim Aethylendiaminsilberphosphat und wurde besonders darauf geachtet, wie sich diese Cresolverbindung dem Cresole und der Carbolsäure gegenüber verhalte. Es zeigte sich, dass der Zusatz des Aethylendiamins zum Cresol dessen Wirksamkeit bedeutend erhöht, und dass es dem Phenole (Carbolsäure) entschieden überlegen ist. Schliesslich führt Verf. den Nachweis, dass man thatsächlich im Stande ist, mit Hilfe der Centrifuge (unter Beobachtung verschiedener Cautelen, die Verf. ausführlich anführt) die Uebertragung der Desinficiensspuren zu vermeiden.

490. ***Ueber eine durch Streptococcen hervorgerufene Meningitis.*** *Von Dr.* ***M. Beck.*** *Aus dem Institut für Infectionskrankheiten. (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskh. XV. 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 32.)*

Ein 25jähriger Arbeiter stirbt zwei Stunden nach der Einlieferung unter den klinischen Erscheinungen einer Meningitis. Die Anamnese ergab, dass der Patient etwa acht Tage vor seinem Tode an einer Halsentzündung erkrankt war; zwei Tage vor dem Tode

begannen Delirien, allgemeine Zuckungen und es entwickelte sich das bei der Aufnahme in das Krankenhaus gegebene Bild. Die Section ergibt einen Abscess der linken Tonsille, der mit zähem gelblichen Eiter erfüllt ist, eine eiterige Convexitäts- und theilweise Basalmeningitis; der gelbliche Eiter liegt grösstentheils unter der Pia, zum Theil zwischen Pia und Dura. Die mikroskopische Untersuchung und Fortzüchtung lässt aus dem Tonsillarabscess, dem Meningealeiter und aus der Leber kurze Streptococcen gewinnen, die sich durch eine selten grosse Virulenz für Mäuse und Kaninchen auszeichneten. Für die Identität der an den verschiedenen Stellen gefundenen Streptococcen spricht neben der morphologischen Uebereinstimmung eben die gleichmässig colossale Virulenz der Coccen. Es muss also die Meningitis als durch den — der Anamnese nach vorausgehenden — Tonsillarabscess herbeigeführt betrachtet werden. Der Weg, den die Infectionserreger vom Pharynx nach dem Schädelinnern genommen haben, war trotz genauer Untersuchung der in Frage kommenden Knochentheile nicht zu ermitteln; es bleibt nur die Annahme der Vermittlung durch das Siebbein übrig; denn der Weg der Allgemeininfection ist nach dem sonstigen Obductionsbefund auszuschliessen.

491. ***Ueber die Erkennung des Arseniks durch Schimmelpilze.*** *Von* ***Abba.*** *Sitzung d. italien. Gesellsch. f. Hygiene zu Turin vom 29. Januar 1894. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 34.)*

Der Verf. zeigt Culturen von Penicillicum brevicaule, einem von *Gosio* studirten Schimmelpilz, mittelst dessen man im Stande ist. schnell und sicher die Gegenwart von Arsenik in allen Substanzen (Tapeten, Eingeweiden, Wasser etc.) zu erkennen an einem Knoblauchgeruch, der sich überall da entwickelt, wo dieser Pilz mit einem Arseniksalz in Berührung kommt. So konnte in einem Criminalfall das Arsen in Maismehl nachgewiesen werden, aus welchem eine Torte gebacken worden war. Der Pilz hat für die Wohnungshygiene eine gewisse Bedeutung: denn siedelt er sich auf Tapeten an, die mit arsenhaltigen Farben gefärbt sind, so macht er vermöge seiner Fähigkeit, die Arsenverbindungen zu zerlegen, das Arsen frei, das nun in Gasform seine deletären Wirkungen entfalten kann.

Literatur.

492. ***Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Aerzte und Studirende.*** *Von Dr. med. et phil.* ***Robert Sommer,*** *Privatdocent an der Universität Würzburg. Mit 24 Illustrationen. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894. V u. 302 S. 8°.*

Das vorliegende Werk stellt sich die Aufgabe, den Leser in der Methode der psychiatrischen Diagnostik zu unterrichten. Dieses Ziel erreicht der Verf. durch eine kritische Analyse von thatsächlich beobachteten Fällen, für welche ihm das reiche Krankengeschichtenmaterial der psychiatrischen Klinik in Würzburg zur Verfügung stand, aus dem er übrigens zumeist selbst beobachtete Fälle verwendete. — Wie Verf. in der Vorrede richtig bemerkt, besteht die Hauptgefahr für den Arzt bei der Auffassung von psychiatrischen Bildern darin, dass die einzelnen



Fälle nach der oberflächlichen Aehnlichkeit in eine bestehende Kategorie gebracht werden, mit der sie blos symptomatische Verwandtschaft haben. So wird z. B. Jemand, wenn er an Gehörstäuschungen mit Wahnbildung erkrankt, nach der symptomatischen Aehnlichkeit für paranoisch erklärt werden, während die richtige Beobachtung des Tremors auf die alkoholische Ursache der acuten Geistesstörung geführt hätte. Den Grundstock des Buches bilden Vorlesungen, welche Verf. in den Herbstferien in zwei aufeinander folgenden Cursen, Aerzten und Studenten über Neuralgie und Psychiatrie gehalten hat. Es ist noch zu bemerken, dass Verf. sich nicht etwa darauf beschränkt, einzelne Formen der Geisteskrankheiten vorzuführen, sondern nach den in der Einleitung entwickelten Grundsätzen der Gruppirung der Geisteskrankheiten sämmtliche Formen derselben systematisch behandelt. Zur speciellen Verdeutlichung der analysirten Fälle verwendet Verf. auch Illustrationen. Selbstverständlich fehlt in dem Werke, welches das ganze Gebiet der Psycho-Pathologie umfasst, das Capitel über die hypnotischen Zustände nicht. Auf 20 Seiten findet hier der Leser die ganze Frage des Hypnotismus sowohl kritisch als in praktisch-ärztlicher Beziehung mit grosser Klarheit erörtert. Verf. schliesst dieses Capitel mit Worten, welche seine Stellung zu dieser Frage deutlich charakterisiren: „Das, was der praktische Arzt aus der Betrachtung des Hypnotismus lernen soll, besteht darin, dass er die Bedeutung der psychischen Beeinflussung neben den physikalischen Methoden, auf welche fast unser ganzer medicinischer Unterricht hinausläuft, erkennt und nicht blos die körperliche Maschine, sondern auch den psychischen Zustand seiner Kranken im Auge behält.“ Das insbesondere für die Bedürfnisse des Studirenden der Medicin und des praktischen Arztes berechnete Buch ist einer grossen Verbreitung sicher. —*r.*

493. ***Lehrbuch der pathologischen Anatomie.*** *Von Dr. **Richard Thoma**, k. russ. Staatsrath, o. Professor der patholog. Anatomie und allgemeinen Pathologie an der k. Universität Dorpat. Erster Theil. Allgemeine pathologische Anatomie mit Berücksichtigung der Allgemeinen Pathologie. Mit 436 Abbildungen und 4 Tafeln. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.*

Verf., namentlich durch eigene Untersuchungen auf dem Gebiete der Kreislaufstörungen ein hervorragender Vertreter seines Faches, behandelt in dem vorliegenden ersten Bande die allgemeine Pathologie auf moderner Grundlage. Nach der Anlage des Werkes wird dasselbe als Handbuch dem wissenschaftlichen Forscher willkommen sein wegen der klaren Fassung des dermaligen Stadiums der Lehre sowohl als wegen der mit grosser Sorgfalt durchgeführten Literaturangaben am Schlusse eines jeden Capitels. Aber auch der Studirende, der nach eindringlicher Belehrung ein Bedürfniss hat, wird das Werk, welches durch klare Darstellung und durch zahlreiche Illustrationen die schwierigen Fragen und Details der pathologischen Anatomie auch den Anfängern zugänglich macht, mit viel Freude und Nutzen verwerthen. Es ist selbstverständlich, dass Verf., der 12 Jahre lang in Heidelberg als Assistent von *J. Arnold* thätig war, in diesem seinem Lehrer gewidmeten Werke die Lehren der Heidelberger Schule vertritt. Jedoch verfolgt Verf., wie er dies erst unlängst in seinen Untersuchungen über die Histogenese und Histomechanik des Gefässsystems gezeigt hat, seit vielen Jahren das Ziel, in die Mechanik pathologischen Geschehens einzudringen, mit anderen Worten uns den

causalen Zusammenhang der Erscheinungen aufzuklären. Es ist kein Zweifel, dass auch die pathologische Anatomie, welche bisher selbst als cellulare Pathologie vorwiegend eine descriptive Doctrin war, durch die neue Richtung, Erweiterung und Vertiefung erfahren wird. Im vorliegenden ersten Bande finden wir die Doctrin in 3 Abschnitte gruppirt: 1. Allgemeine Aetiologie. Hier finden wir Traumen und traumatische Erkrankungen, Intoxicationen und Gifte, Infectionen und Parasiten, Erblichkeit und Missbildungen behandelt. Der 2. Abschnitt behandelt elementare Formen der Erkrankung und zerfällt in die Capitel: Störungen des Blutumlaufes und Störungen der Gewebsernährung. Im 3. Abschnitt, zusammengesetzte Erkrankungsformen, werden im 10. Capitel Organerkrankungen und Entzündungen, im 11. Capitel geschwulstähnliche autonome Neubildungen und im Schlusscapitel die Allgemeinerkrankungen geschildert. Es wäre noch hervorzuheben, dass die zahlreichen mikroskopischen Bilder beinahe sämmtlich vom Verf. selbst mit Hilfe der Camera lucida gezeichnet sind. Die Tafeln enthalten Farbendrucke zur Entzündungslehre, die wichtigsten pathogenen Coccen, Bacillen, Spirillen, Actinomyces etc. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. *—ch.*

Kleine Mittheilungen.

494. ***Tod durch Rotzvergiftung.*** Ein Curschmied in Fischamend in Niederösterreich, welcher durch längere Zeit an Drüsenschwellungen erkrankte Pferde behandelt hatte, deren Erkrankung er nicht für Rotzkrankheit gehalten, ist zu Ende des Vorjahres nach mehrtägiger, unter typhösen Symptomen aufgetretener Erkrankung, die sich im weiteren Verlaufe als Rotzkrankheit herausstellte, gestorben. In wiederholten Fällen gerichtlicher und sanitätspolizeilicher Obductionen in Wien ist an den Leichen Verstorbener, welche mit Pferden oder von Pferden herrührenden Rohproducten, wie Rosshaaren, zu thun hatten, Rotzinfection als Todesursache nachgewiesen worden, woraus geschlossen werden muss, dass die Rotzkrankheit bei Pferden nicht selten verkannt oder verheimlicht und daher die sanitätspolizeiliche Behandlung thörichterweise unter Gefährdung des Lebens der eigenen Person oder Anderer versäumt wird. Es ist daher allen bei Pferden beschäftigten Personen dringend zu empfehlen, auch in zweifelhaften Fällen von Pferdeerkrankungen, welche möglicherweise Rotzverdacht erwecken, die gewissenhafteste Vorsicht walten zu lassen.
(Allg. Wiener med. Ztg. 1894. 9. — Med. Neuigkeiten. 1894. 12.)

495. ***Zur Aethernarcose.*** In einem Hospital in Frankfurt a. M. machten bei Gaslicht operirende Aerzte die Beobachtung, dass durch auftretende Gase die Schleimhäute der Augen, Nase und des Rachens der anwesenden Personen in hohem Grade angegriffen wurden. Dr. *Homeyer* untersuchte die Gase, wies chemisch Acetylen nach und fand, dass die Luft 0·4 Volumprocent Kohlensäure (circa 10mal mehr als normal) enthielt; Kohlenoxyd konnte nicht nachgewiesen werden. Aethernarcosen sollten deshalb nur in ausgiebig ventilirten Räumen stattfinden oder der Operationssaal während der Dunkelheit nur mit geschlossenen Beleuchtungskörpern erhellt werden. (Apoth.-Ztg. 1894. 25. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 32.)

496. ***Ueber ein diagnostisches Hilfsmittel bei Neoplasmen des Abdomens*** berichtet *Mettenheimer* (Memorabilien. 1893. Heft 9. — Berliner klin. Wochenschr. 1894. 11). Nach Verf.'s Beobachtung zeigt sich bei Carcinomen, welche ihren Sitz in der Brusthöhle haben, eine Hautfalte oberhalb des Nabels, denselben bedeckend. Diese „Nabelfalte", welche durch die starke Abnahme des Fettpolsters der Bauchdecken hervorgerufen wird, erkennt man am besten, wenn man den Kranken im Stehen untersucht. Nach Verf.'s Ansicht zeigt sich die durch Carcinom verursachte Abmagerung zuerst durch Abmagerung der Bauchdecken an. Allerdings kann diese Falte am Nabel auch bei allgemeiner Abmagerung aus anderen Ursachen sich finden. Durch Ascites wird die Nabelfalte ausgeglichen, doch kommt sie nach der Punction wieder zum Vorschein. Auch bei



Gebärmutterkrebs hat Verf. diese Falte einmal beobachtet als sehr frühzeitiges Symptom, doch lehnt er es aus Mangel an Erfahrung ab, zu entscheiden, ob sie hier eine besonders regelmässige Erscheinung ist.

497. *Funk* und *Grundzach* machen darauf aufmerksam, dass sie sehr häufig in der Lage waren, einen Zusammenhang zwischen ***Urticaria infantum*** mit Rhachitis und Magenerweiterung nachzuweisen. Die Magenerweiterung war bei Säuglingen fast immer durch zu häufiges Stillen bedingt; insbesondere wird Nachts dem durch Jucken, Durst und Leibschmerz geplagten Kinde zu häufig Nahrung gereicht. Bekanntlich entsteht bei Dilatatio stomachi das Durstgefühl dadurch, dass die flüssige Nahrung zu lange im Magen verbleibt, ohne zur Resorption zu gelangen. Auch bei älteren Kindern liessen sich ständige schwere Diätfehler und dadurch bedingte Magenatonie mit Dilatation feststellen. In allen solchen Fällen hängt die Heilung der Urticaria einzig von der Beseitigung der Ursachen, d. i. der Diätfehler und der Rhachitis ab. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XVIII. Heft 3. — Berliner klin. Wochenschr. 1894. 16.)

Sitzungsberichte.

498. ***Non Nocere!*** *Von Dr.* ***Jacobi****, New-York. Vortrag beim XI. internationalen medicinischen Congress (Rom, April 1894).*

Der Verf. will vom Standpunkte des praktischen Arztes aus sprechen. Als solcher sieht er Gefahren für den ärztlichen Stand darin, dass das sociale Element auf den internationalen Congressen das wissenschaftliche überwiegt, ferner in der Zunahme von solchen Specialisten in der ärztlichen Praxis, welche durch ihre vorhergegangene allgemeine ärztliche Praxis keine Sicherheit dafür gewähren, dass sie fähig sind, ein Specialorgan im Zusammenhange mit dem ganzen Organismus zu beurtheilen und zu behandeln. Einen weiteren Nachtheil für den ärztlichen Stand sieht Verf. darin, dass der Arzt anfängt, sich vielfach daran zu gewöhnen, die zusammengesetzten Präparate der Fabrikanten den Arzneien der Pharmakopoe vorzuziehen und künstliche Nahrungsmittel in die Praxis einzuführen, ebenso in der Häufigkeit, mit welcher neue Methoden (Tuberculin, Elixire) und die Producte der organischen Chemie, wie zum Beispiel zahlreiche Antipyretica und Anästhetica, unvorbereitet gebraucht werden. Obendrein werden solche Präparate in der Regel in zu grossen Gaben versucht und gegeben. Ueberdosiren und Ueberoperiren ist ja immer der Vorwurf gewesen, den man den Aerzten gemacht hat. Aber Unterdosiren hat doch mehr Unglück angerichtet als Ueberdosiren. Die sogenannte exspectative Methode, bei welcher man mit medicinischen Eingriffen wartet, bis es nahezu oder ganz zu spät ist, hat schon vielen Menschen das Leben gekostet. In entzündlichen und infectiösen Fiebern zu warten, bis die hohe Temperatur das Gewebe zerstört hat und die Herzthätigkeit gelähmt ist, ist ein ebenso grosser Fehler, wie es mangelhafte Praxis ist, einen Keuchhusten z. B. nicht zu behandeln, weil er, wie man es nennt, eine selbstlimitirte Krankheit ist, während man zu gleicher Zeit vergisst, dass in irgend einem Moment des Ablaufs der Krankheit, der da hätte gemildert werden sollen, Bronchopneumonie, Convulsionen, Blutungen eintreten können.

Dem Ueber- und Unterdosiren parallel laufen Ueber- und Unterfüttern. Darunter leiden besonders kleine Kinder. Der Verf. bemerkt, dass er sich in seinen Ausführungen, da das Thema zu weitsichtig ist, ausschliesslich mit kleinen Kindern beschäftigen will. Seine ersten Bemerkungen gelten der Asphyxie der Neugeborenen, welche, wenn sie nicht sofort unterbrochen wird, jeden Augenblick die Ursache zu Hirn-



blutungen abgeben kann, sowie zur Epilepsie und zur Idiotie. Die Aufgabe des Geburthelfers ist es, der Asphyxie der Neugeborenen mit Hintansetzung aller anderen Rücksichten entgegen zu arbeiten, sich dabei aber vor schädlichen Massnahmen zu hüten. Der Gebrauch der Elektricität z. B., so wohlthätig er wirkt, kann lebensgefährlich werden, wenn der Strom länger als einen Moment durch den Körper der Kinder geleitet wird.

Die Hauptgegenstände des Vortrages sind: 1. Die angeborene Verstopfung der kleinen Kinder, welche ihren Grund hat in der übergrossen Länge des S romanum, welches in der letzten Zeit des Fötallebens normal ist und bei mindestens 25% aller Neugeborenen bis zum dritten oder vierten, auch sechsten bis siebenten Lebensjahre bestehen bleibt. Sie ist die Ursache, auch bei der allerrationellsten Nahrung, von hartnäckiger Verstopfung, welche, wenn sie verkannt wird, durch unpassende Behandlung gesteigert und höchst gefährlich werden kann. Abführmittel sollen bei solchen Constipationen möglichst wenig gereicht werden, die Behandlung muss diätisch sein und viele Jahre hindurch müssen 1—2 Klystiere täglich gereicht werden. Um das fünfte bis siebente Lebensjahr bildet sich allmälig ein normales Verhältniss der verschiedenen Darmtheile heraus und die Verstopfung geht vorüber. 2. Erörtert Verf. die locale Behandlung der Diphtherie im Hals bei kleinen Kindern. Die forcirte Localbehandlung bringt mehr Schaden als Nutzen, die locale Behandlung der Krankheit vom Munde aus kann nur die Muskeln treffen oder wenig mehr als diese; der Sitz der eigentlich gefährlichen Affection ist jedoch in der Nase, in den Rachenhöhlen, die durch die örtliche forcirte Behandlung vom Munde aus nicht getroffen werden, im Gegentheil wird der Rest von Kräften, der den kranken Kindern noch übrig geblieben, durch ihren Minuten langen Widerstand, durch ihr Geschrei, durch Herzlähmung plötzlich vernichtet werden. Das gilt natürlich nicht von älteren Kindern und von Erwachsenen, welche sich eine locale Behandlung irgend welcher Form gutwillig gefallen lassen. Die grösste Gefahr bei Diphtherie, abgesehen vom Kehlkopf, kommt von der Nase. Nase und Rachen lassen sich gleichzeitig durch häufigere Einspritzungen milder Natur in die Nase behandeln. Gewaltige secundäre Geschwülste, welche von der Nasendiphtherie ausgehen und welche seltener in multiple Abscessbildungen, häufiger in gewaltige Ablagerungen nekrotischer Gewebe zwischen Ohren und Schlüsselbein endigen, müssen durch tiefe und lange Einschnitte behandelt werden. Hier wirken Vernachlässigungen entschieden tödtlich. 3. Beschäftigt sich der Redner mit der Behandlung der Mikrocephalie und der Idiotie nach der *Lannelongue*'schen operativen Methode.

Die Ursachen der Idiotie sind ausserordentlich mannigfaltig. Im Vordergrund stehen die verschiedenen Formen von Encephalomeningitis, Hydrocephalus, Mikrocephalie, häufig mit Affectionen des Rückenmarks und besonders der Pyramidenstränge und vorzeitigen Verknöcherungen der Nähte und der Fontanellen. Verf. berichtet über 33 Fälle, welche in Amerika operirt wurden. Von diesen starben 14 unmittelbar nach der Operation oder in kurzer Zeit nach derselben. Es waren nicht blos ganz junge Kinder, sondern zum Theil 4—6 Jahre alt. Die Todesursache ist nicht von allen bekannt; einmal war es das Anästeticum, einige andere Male hohes Fieber, das sich nicht erklären liess, da nicht einmal die Dura mater angeschnitten war. Viele starben durch Collaps oder Shock.



Die schliesslichen Berichte über die geistige Verbesserung solcher Kinder sind äusserst mangelhaft, sie kommen fast ausschliesslich von den Müttern. Da die Idiotie sehr häufig bei Erstgeborenen vorkommt, so werden sie mit grosser Liebe behandelt und jede unbedeutende geistige Regung sogleich als Triumph gefeiert. Die meisten Berichte von Verbesserungen sind in der Regel nach kurzer Zeit gemacht worden und diejenigen Verbesserungen, welche auftreten, sind ebenso häufig der Zeit (ein oder zwei Jahre im kindlichen Alter) als der Operation zuzuschreiben. Schliesslich ist zu fragen, was überhaupt durch die Operation für die Erweiterung des Schädelinnern genommen werden kann? Es hat sich die bemerkenswerthe Thatsache herausgestellt, dass nicht von einer Erweiterung durch die Operation, sondern nur von einer Verengerung durch dieselbe und ihren Folgezuständen die Rede sein kann. Aus diesen und anderen Gründen verwirft Verf. die Operation, die in den letzten Jahren so viel Aufsehen gemacht hat (mit Ausnahme vielleicht eines gelegentlichen Falles von wirklicher Verknöcherung der Suturen und Fontanellen). —*r.*

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Die Krankheiten der Frauen,

für Aerzte und Studirende dargestellt von

Dr. Heinrich Fritsch,

o. ö. Professor, Geh. Medicinalrath und Director der königl. Frauenklinik an der Universität zu Bonn.

Sechste neu bearbeitete Auflage.

Mit 220 Abbildungen in Holzschnitt und 4 Tafeln in Heliogravüre.

Preis: geh. Mk. **11.40**, geb. Mk. **12.80**.

In dieser neuen Auflage ist trotz der kurzen Zeit von 2 Jahren, welche seit dem Erscheinen der vorigen verstrichen sind, kaum eine Seite ohne Aenderungen u. Zusätze geblieben. Neu ist das Kapitel über die Kystoskopie, neu eine grosse Anzahl mikroskopischer u. makroskopischer anatom. Abbildungen im Text und auf den 4 Tafeln, fast neu die Bearbeitung der Myomectomie und der Adnexoperationen.

Eine eingehendere kritische Schilderung der grossen Operationen innerhalb der Bauchhöhle bietet das im vorigen Jahre als **Ergänzung zu dem Lehrbuche** erschienene Werk desselben Verfassers:

Aus der Breslauer Frauenklinik.

Bericht über die gynäkol. Operationen des Jahrgangs 1891/92.

Mit 13 Abbildungen in Holzschnitt.

Preis: Mk. **6.**—.

Berlin, April 1894.

8W4 **Friedrich Wreden.**

VERLAG VON
URBAN & SCHWARZENBERG
IN WIEN UND LEIPZIG.

Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung.

Von **Dr. O. Rosenbach,**

a. ö. Professor an der Universität in Breslau.

Erste Hälfte **(Bogen 1—25).**

Preis: 10 M. = 6 fl.

Den Herren Aerzten besonders empfohlen.

Tausende von Fälle gibt es, wo Gesunde und Kranke rasch nur eine Portion guter kräftigender Fleischbrühe benöthigen. Das erfüllt vollkommen unser



Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und **ohne** Zusatz von Wasser oder anderen Stoffen gewonnen werden. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, **dass die hervorragendsten Autoritäten** dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmittel mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.**

„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz, auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Mayfair, London W. 146

Auszeichnungen. — ***(Gründungsjahr: 1835.)*** — *Preis-Medaillen.*

Depôts in Wien: Petzold & Süss, I., Schottenhof; **Köberl & Pientok,** I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer,** I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal,** I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer,** I., Lichtensteg 5.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

499. *Die Wanderniere und ihre Behandlung. (Partielle Exstirpation der Fettkapsel, Fixation der Niere in Etagen.)*

Von Dr. Fr. Schilling, Nürnberg.

(Münchener med. Wochenschr. 1894. 18.)

Mit *Hilbert* theilt man die Dislocationen der Niere am besten nach dem Grade der Beweglichkeit ein. Er unterscheidet: 1. Erster Grad der Beweglichkeit; man fühlt den unteren Pol der Niere bis höchstens zur Hälfte des Organs — palpable Niere, Ren palpabilis. Zweiter Grad der Beweglichkeit; man kann die ganze Niere zwischen den Fingern abtasten, — bewegliche Niere im engeren Sinn, Ren mobilis. 3. Dritter Grad der Beweglichkeit; man kann die ganze Niere fühlen und dieselbe nach abwärts und nach innen frei bewegen, — eigentliche Wanderniere, Ren migrans.

Bei Männern sind bewegliche Nieren weit seltener als bei Frauen, welch letztere 85—90% der Fälle stellen. Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre sind sie am häufigsten; meist wird die rechte Niere betroffen, manchmal die linke, sehr selten beide. Bei abnormer Beweglichkeit der Niere kommen nach *Hilbert* Störungen in der Urinsecretion vor, die in 14% der Fälle zur Albuminurie führen. Als Ursache der Dislocation der Niere werden angeführt: mehrfach überstandene Geburten, Tragen schwerer Lasten, Stoss, Verkrümmung der Wirbelsäule, Druck der Leber, Erschlaffung der Bauchdecken und des Peritoneums mit seinen Ligamenten, Hängebauch und consecutiver Mangel des intraabdominellen Druckes, dauernder Husten, Pressen, häufiges Erbrechen und andere vehemente Zwerchfellerschütterungen, die die Niere aus ihrer Lage bringen können; ferner Schwund des Fettes (incl. des perirenalen Fettes) nach consumirenden Krankheiten, wie Typhus; unsinnig betriebene Entfettungscuren — 2 solche Fälle sah Verf. im vorigen Jahre, wo in Folge zu rascher Abmagerung sich alsbald Ren mobilis objectiv und subjectiv zu erkennen gab; — starkes Schnüren klagt *Cruveilhier* mit Recht als veranlassendes Moment zu Descensus ren. an; Lageveränderung der Genitalien, Senkungen, Prolapse spielen nach *Landau* eine grosse Rolle in ätiologischer Hinsicht; er ist der Ansicht, dass durch den Vorfall der Genitalien und der Blase ein directer Zug an den Ureteren und am

Peritoneum ausgeübt wird; dem Zug gibt die Niere nach. *Thiriar* ist der entgegengesetzten Ansicht: nach diesem ist in einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen Wanderniere die Ursache von Lageveränderungen, Prolaps, Metritis, Oophoritis und Salpingitis. In *Thiriar's* Fällen von Genitalleiden befinden sich 20% ectopische Nieren. Unter 11 solchen Fällen vom Jahre 1891 wurden 10 geheilt durch die Nephrorrhaphie. Durch die bewegliche Niere soll eine Compression des Duodenums und consecutiv eine Gastrectasie zu Stande kommen (*Bartels*, *Müller-Warneck*). Complicirt kann die Wanderniere sein mit Pyonephrose, Tumoren, Tuberculose, Nierensteinen, häufig mit Hydronephrose, worauf *Landau* zuerst aufmerksam machte. Eine hydronephrotische Niere kann zu einer wandernden werden; aber auch in Folge der bei Wandernieren häufigen Drehungen und Knickungen des Ureters kann secundär Hydronephrose entstehen; durch Rückenlage kann letztere wieder verschwinden. Charakteristisch für den Zusammenhang der Wanderniere mit Hydronephrose ist die periodische Entleerung und Füllung des hydronephrotischen Sackes — intermittirende Hydronephrose.

Durch Zerrung der Bänder, Abknickung der Blutgefässe und des Ureters kommen äusserst heftige subjective Beschwerden zum Vorschein; sie werden nach *Edebohls* hervorgerufen durch Compression, Zerrung und Reizung des Samengeflechtes. Cardialgien, Erbrechen, Obstruction des Darms gehören zu den ständigen Klagen dieser Kranken; ein Theil dieser Beschwerden beruht auf der begleitenden Gastrectasie. In der Rückenlage, wenn die Niere an ihre normale Stelle zurückkehrt, verstummen meist die Klagen, um wiederzukehren, wenn die Patienten sich wieder aufrichten und gehen.

Die Wanderniere ist als Geschwulst von bekannter Grösse und Form in abdomine zu fühlen. Ist der Hilus zu palpiren, so ist die Diagnose sicher zu stellen. Die Berührung des Tumors ist meist von mässigem dumpfen Schmerz begleitet. Die Untersuchung muss eine bimanuelle sein; die eine Hand wird unter den Rippenbogen in die Regio lumbalis gelegt, die andere geht von den Bauchdecken aus vor; alsbald hat man die bewegliche Niere zwischen den palpirenden Händen. Oft findet sich bei der Untersuchung in der Rückenlage des Patienten die Niere an normaler Stelle, während die Niere bei aufrechter Stellung des Patienten erst mobil wird; deshalb muss man es sich bei Verdacht auf Ren mobilis zum Princip machen, stets auch in aufrechter, etwas nach vorn übergebeugter Stellung den Kranken zu untersuchen. Dass die Percussion zweifelhafte Resultate ergibt, ist bekannt und nicht zu verwundern, wenn man sich die dicken Schichten der Musculatur in der Lumbargegend vergegenwärtigt.

Bei der Diagnose können Magencarcinome, Krebsknoten des Netzes oder des Darms in Frage kommen. Manche Wanderniere verschwindet nach einem Laxans. Affectionen der Leber, Krebsknoten, Gallenblasenhydrops, Gallensteine, Echinococcus können in Frage kommen, ebenso Wandermilz und Tumoren, die von Ovarien und Uterus ausgehen. Durch genaue Exploration, eventuell in Narcose, wird die Diagnose zu stellen sein. Die Prognose quoad vitam ist bei uncomplicirten Fällen wohl stets günstig.



Was die Therapie anlangt, so sind prophylactisch stark schnürende Corsets zu vermeiden. Der Bildung eines Hängebauchs ist durch breite Leibbinden zu begegnen. Der Stuhlgang ist zu reguliren, jegliche Anstrengung zu vermeiden. Rückenlage besonders während der Menses ist empfehlenswerth. Kalte Douchen, Elektricität und Massage der Bauchmuskeln sind palliative Mittel von geringem Effect. Gegen heftige Schmerzen sind Narcotica unentbehrlich, warme Umschläge förderlich; Reposition des Tumor (wenn möglich) ist angezeigt. Bandagenbehandlung mit bruchbandähnlichen Apparaten, Gurten mit Gummieinlagen oder mit faustgrossen Polsterkissen oder mit festanschliessenden Gummi- oder Flanellbinden ist manchmal nützlich, in schweren Fällen hilft nur die Operation. Die Entfernung der Niere, Nephrectomie, mittelst Lenden- oder Bauchschnittes ist jetzt überwundener Standpunkt, nachdem *Hahn* 1881 die operative Behandlung der beweglichen Niere durch Fixation gelehrt hat, indem er die in ihrer Capsula adiposa befindliche Niere in der Wunde des Lendenschnittes mit 6—8 Catgutnähten annähte und die ganze Wunde mit Carbolgaze tamponirte. *Hahn* erzielte in den 2 damals gemeldeten Fällen Heilung bei reactionslosem Verlauf. In den meisten nach *Hahn* operirten Fällen, in welchen die uneröffnete Capsula adiposa an die Wundränder angenäht wurde, erfolgte Recidiv, da die gefässarme Fettkapsel sich nicht fest genug mit den Wundrändern vereinigte. Es wurde deshalb von anderen Operateuren die Fettkapsel der Länge nach oder mit einem Kreuzschnitt gespalten, hervorgezogen und mit Seidenfäden an die Wundränder angenäht. Sodann fixirte man die Capsula fibrosa der Niere durch oberflächliche und tiefere Nähte in der Wunde. *Courvoisier* und Andere schlitzten schliesslich die Capsula propria der Niere und zogen sie wie bei der Section ein Stück weit von dem darunterliegenden Nierenparenchym ab. Die Nähte der weit abgezogenen Capsula propria hielten fest und sicher; da die blutreiche Substanz der Niere mit in den Vernarbungsbereich hereingezogen wird, so gibt es feste Verwachsungen mit der Wunde durch Bildung von kräftigem Granulationsgewebe. (Schluss folgt.)

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

500. ***Ueber eigenartig verlaufene septicopyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über acute Dermatomyositis.*** *Von Dr. A. Fraenkel. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 9, 10, 11.)*

Bisher wurden gewisse Formen von Hautausschlägen, die in die Kategorie der Erytheme gehören, in ihrer pathogenetischen Bedeutung als Complicationen verschiedener Infectionskrankheiten noch nicht genügend gewürdigt. Oft stellen sich diese Erytheme, welche häufig auch unschuldiger Natur sind, als exquisit morbillöse oder scarlatinöse Exantheme dar, so dass bei der Diagnose leicht Täuschungen entstehen. Oefters gehen sie mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens und hohem Fieber (Status typhosus) einher



und führen manchmal unter dem Bilde einer wirklichen Intoxication zum Tode. Bei diesen letzteren handelt es sich nicht wie bei der ersten Gruppe um eine primäre, sondern stets um eine secundäre, meist von Ulcerationen des Mundes und der Halsorgane ausgehende Infection. Praktisch wichtig sind ferner die complicirenden Gelenkaffectionen, die sich meist als seröse, öfters jedoch auch als eitrige Entzündungen documentiren, und die Erkrankungen der Knochen, auf welche namentlich *Ponfick* aufmerksam gemacht hat; es handelt sich dabei um qualvolle Schmerzen verursachende periostale Entzündungen, besonders an den glatten Knochen (Rippen, Becken, Schädel), die mitunter sogar zu wirklicher Ostitis und Osteomyelitis führen können. Sodann kommen die Muskelerkrankungen in Betracht, die als wachsartige Degeneration (Typhus), circumscripte oder diffuse Myositis (Lues) und eitrige Myositis (Puerperalfieber, Pyämie) in die Erscheinung treten. In neuerer Zeit sind namentlich von *Unverricht* Fälle von fieberhaften, idiopathischen Muskelerkrankungen beschrieben worden, die dieser Autor zunächst als „Polymyositis acuta progressiva", späterhin als „Dermatomyositis acuta" bezeichnete, insofern als bei seiner zweiten Beobachtung namentlich die Hauterscheinungen sinnfällig hervortraten. Verf. beschreibt drei eigene analoge Beobachtungen, deren erste wir hier anführen. Bezüglich der beiden anderen sei auf das Original verwiesen.

1. Dermatomyositis acuta in Folge von Otitis media purulenta chronica. 32jährige Frau leidet seit September 1891 an eitrigem Ausfluss aus dem linken Ohr. Ein halbes Jahr später ziehende Schmerzen in den Gelenken und im linken Ohr. Bei der Aufnahme Temperatur 39·5, Puls 120, ausgebreitete, bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels sich erstreckende Röthung und Schwellung am linken Fussgelenk und an der unteren Hälfte des rechten Unterschenkels; Haut infiltrirt, brennend heiss, sehr druckempfindlich; Gelenke frei, Reflexe erhalten. Analoge Erscheinungen am Handgelenk und an der Streckseite des Vorderarmes rechterseits, geringfügiger an der Innenseite des linken Oberarmes, Milz stark vergrössert, Harn enthält viel Eiweiss. Am folgenden Tage nehmen die Schwellungen allerseits zu, so dass namentlich beide Unterarme in ganzer Ausdehnung angeschwollen waren; Herabsetzung der Sensibilität; an demselben Tage Tod im Collaps. Bei der Section fand sich Cutis und Subcutis der afficirten Stellen, von schmutzig-trüber Flüssigkeit infiltrirt und von Blutungen durchsetzt. Die Muskeln meist von graurother Farbe und äusserst succulenter, schlaffer Consistenz, bei Druck eine trübe, graurothe Flüssigkeit entleerend, theilweise von punkt- und streifenförmigen Blutungen durchsetzt. Mikroskopisch finden sich darin zahlreiche Streptococcen und ungemein ausgedehnte Blutungen; theilweise Auseinanderdrängung der Muskelfasern durch eine ödematöse Zwischenmasse, Verlust der Querstreifung und leichte Kernvermehrung.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen Fall von multipler eitriger Myositis und Arthritis nach Otitis media purulenta acuta.

Der dritte Fall betraf: Eiterige Strumitis mit nachfolgenden multiplen Muskelabscessen in beiden Ober-



extremitäten und Eiteransammlung im linken Schultergelenk. Im Ganzen liessen sich höchstens einige 20 hierher gehörige Fälle aus der Literatur ermitteln. Das Bemerkenswerthe in dem zweiten und dritten Falle liegt darin, dass sich sowohl die metastatische eitrige Muskelentzündung mit Veränderungen der Musculatur verbinden kann, die sich über ganze Muskelgruppen nur als entzündliches Oedem darstellen, als auch dass dieses Vorstadium unter Umständen der eigentlichen Eiterung lange Zeit vorausgehen kann. Weiterbin bieten die Ausgangspunkte der Erkrankung in allen drei Fällen grosses Interesse dar; Verf. betrachtet sie als nur äusserlich verschiedene Formen septischer, durch Streptococcenwanderung verursachter Infection. Wenn nun auch die Mehrzahl aller bisher unter dem Namen der Dermatomyositis beschriebenen Fälle ihrer Entstehung nach zu den bacteriellen Infectionskrankheiten zu zählen sind, so ist es nach der Ansicht des Verf.'s keineswegs nothwendig, jedesmal den Nachweis von Spaltpilzen in den Muskeln zu erbringen. Unter Umständen kann die Menge der in die Muskeln eingedrungenen Bacterien sehr gering sein; man wird dann annehmen müssen, dass die Entzündung wesentlich durch toxische Producte der Bacterien erzeugt ist, ganz analog der Ansicht *Hutinel's*, dass auch die infectiösen Erytheme, bei denen meist keine Bacterien in der Haut gefunden werden, toxischer Natur und hinsichtlich ihrer Pathogenese den Arzneiexanthemen an die Seite zu stellen sind. Was endlich die Invasionsstätte des Krankheitserregers bei der Dermatomyositis anlangt, so ist es vor Allem von Interesse, dass sich auch ohne die Vermittlung einer Sinusthrombose von einer einfachen Otitis media aus allgemeine Sepsis entwickeln kann. Es ist von allergrösster Wichtigkeit, das Augenmerk nicht nur auf die Untersuchung des Gehörorganes, sondern auch der Nebenhöhlen der Nase zu lenken, da ja erwiesen ist, dass die parasitären Organismen mit Vorliebe von den oberen Luftwegen aus in den Körper eindringen.

501. ***Ueber Anasarca ohne Albuminurie.*** *Von Prof.* ***Lépine.*** *Vortrag beim intern. med. Congresse zu Rom 1894. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 38.)*

Lépine erinnert daran, dass *Bourgeois, Trousseau* u. A. die Beziehungen gezeigt haben, die zwischen Anasarca und einer verlängerten Retention des Harns in der Blase bestehen. Er gibt folgende Erklärung dafür: Durch die Ausdehnung der Blase wird der Druck in den Ureteren gesteigert und daraus folgt eine anormale Function der Nieren. Diese Thatsache lässt sich durch Experimente an Hunden erhärten; aus denselben geht gleichzeitig hervor, dass selbst bei sehr hohem Druck der Urin nicht nothwendig Eiweiss enthalten muss; nur eine beträchtliche Abnahme der Urinmenge ist constant. Nur Eine Bedingung hat Verf. für das Fehlen des Eiweisses unerlässlich gefunden, das ist die Constanz des Druckes, das Fehlen von Schwankungen und Unterbrechungen. Auf die Klinik übertragen stellt sich die Sache so dar, dass der Mangel der Urinausscheidung eine Hydrämie herbeiführt, welche bei einem cachectischen Individuum das Zustandekommen einer Anasarca begünstigt, wobei der Urin frei sein kann von Eiweiss, wenn die Voraussetzung zutrifft, dass keine plötzliche Druck-



steigerungen in den Ureteren stattfinden. Wenn ein Rückfluss des Harns im Ureter stattfindet, so tritt eine gewöhnliche Anasarca mit Eiweissgehalt des Urins auf; da ein Rückfluss am häufigsten in Folge von Blasenhypertrophie eintritt, so erklärt es sich, warum in der Casuistik der Fälle von Anasarca ohne Albuminurie die Blasenhypertrophie eine so geringe Rolle spielt.

502. ***Ueber Lebercirrhose in Folge gastrointestinaler Intoxication.*** *Von Hanot und Bois. Vortrag beim intern. med. Congress in Rom 1894. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 38.)*

Die Vortragenden beobachteten, dass bei einigen Patienten von ihnen, bei denen weder Alkoholismus, noch irgend eine Infectionskrankheit vorhanden war, die aber an alter Dyspepsie mit oder ohne Magenerweiterung litten, an der Leber zuerst langsam eine Volumzunahme, dann ziemlich rapide eine deutliche Verhärtung auftrat. Es bestanden, ausser Druckgefühl im Hypochondrium, wenig subjective Symptome. In einigen Fällen traten acute Anfälle von Magenstörungen und Leberkoliken auf. Histologisch stellte sich der Process dar als Sclerose des periportalen Gewebes. Das Bindegewebe drang mehr oder weniger in die Acini hinein. Die langdauernde Dyspepsie stellt nach Ansicht der Redner die Aetiologie der Cirrhose dar. Alle toxischen Substanzen, die in Folge abnormer Gährungsvorgänge im Magen sich bilden und auf directem Weg der Leber durch die Vena portae zugeführt werden, können natürlich hier an den Gefässen irritative Störungen herbeiführen. Die Behandlung dieser Form von Cirrhose, die übrigens als eine Abart der von *Bouchard* bei Magendilatation beobachteten betrachtet werden kann, richtet sich gegen die zu Grunde liegende Dyspepsie.

503. ***Die Entstehung der fibrinösen Harncylinder.*** *Von Dr. Aufrecht, Oberarzt der inneren Station des Krankenhauses Magdeburg-Altstadt. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 19.)*

Nachdem *Oertel, Rovida* u. A. auf Grund ihrer anatomischen Untersuchungen für die Ansicht eingetreten waren, dass die hyalinen Cylinder als Secretionsproduct der Harncanälchenepithelien anzusehen sind, hat Verf. durch die von ihm zuerst vorgenommenen einseitigen Ureterunterbindungen feststellen können, dass in den Harncanälchenepithelien hyalin aussehende Kugeln entstehen, welche in das Lumen des Harncanälchens hineingelangen und hier zu Cylindern zusammenschmelzen, an welchen bisweilen noch die Verbindungslinien der einzelnen Kugeln sichtbar geblieben sind. Dieser Entstehungsmodus wurde später von *Cornil, Strauss* und *Germont* bestätigt. Immerhin herrscht in dieser Frage noch keine Einigkeit und Verf. wünscht durch folgende auf Thatsachen gestützte Erwägungen zur Herstellung derselben beizutragen. Geht man von der Prämisse aus, dass die hyalinen Cylinder nur auf zweierlei Wegen entstehen können, entweder als ein Exsudat aus dem Blute oder als ein Product der Epithelien, so muss doch nothwendig die erstere Annahme fallen, wenn der Nachweis geliefert werden kann, dass eine Exsudation aus den Blutgefässen überhaupt stattfindet, ohne dass mit derselben eine Cylinderbildung verbunden wäre. Dass dies der Fall ist, lässt sich thatsächlich erweisen durch das Auftreten von Eiweiss im Harn ohne gleichzeitiges Auftreten



von Harncylindern. Der gleiche Nachweis ist durch die umgekehrte Thatsache zu erbringen. Ebenso wie Eiweiss ohne Cylinder im Harn auftreten kann, kommen auch Cylinder ohne Eiweiss im Harn vor. *Nothnagel* und Verf. haben Harncylinder im Harn gefunden, ohne dass derselbe Albumen enthalten hätte. Doch wird immer und immer wieder, u. A. auch von *Ribbert*, betont, dass die hyalinen Fibrincylinder umgewandeltes geronnenes Eiweiss und kein Secretions- oder Umwandlungsproduct der Epithelien sind. Wie aber ist dann der Befund von Cylindern in den Sammelröhren der Papillen, welche jene in den *Henle*'schen Schleifen an Dicke um ein Mehrfaches übertreffen, zu erklären? Bei der Schilderung der in Choleranieren vorhandenen Veränderungen hat Verf. erwähnt, dass „in den Papillen innerhalb der Lumina der *Henle*'schen Schleifen sich reichliche hyaline Cylinder befanden und in den Sammelröhren bei weitem stärkere, mehr gelb aussehende Cylinder vorhanden waren". Ebenso fand er bei Scharlachnephritis „in den *Henle*'schen Schleifen fast überall schmale Cylinder; ausserdem auch reichliche, sehr breite Cylinder in den Sammelröhren". In Anbetracht dieser Befunde bleibt doch wohl kaum etwas anderes übrig als die Annahme, dass die Cylinder an dem Orte entstehen, wo sie gefunden werden. Diejenigen Autoren, welche behaupten, dass die in den engeren *Henle*'sche Schleifen vorgefundenen Cylinder hier stecken geblieben sind, nachdem sie an höher gelegenen Stellen der Harncanälchen als Exsudat aus dem Blute entstanden waren, werden wohl kaum die Ansicht zu vertreten im Stande sein, dass die schmalen Cylinder der *Henle*schen Schleifen auf ihrem ferneren Wege, der sie in die Sammelcanäle führt, wieder dicker werden können. Der Beweis für die Entstehung der Harncylinder aus den Epithelien der Harncanälchen und gegen ihre Bildung durch ein aus dem Blute hervorgehendes Exsudat lässt sich somit erbringen: 1. Durch den positiven Befund hyaliner Kugeln in den Epithelien, aus welchen die Kugeln hervortreten und zu Cylindern zusammenschmelzen. 2. Durch das Vorkommen von Eiweiss im Harn ohne Cylinder. 3. Durch das Vorkommen von Cylindern im Harn ohne Eiweiss. 4. Durch den Befund von sehr breiten Cylindern in den Sammelröhren, welche unmöglich die *Henle*'schen Schleifen passirt haben können. —r.

504. ***Filaria sanguinis hominis.*** *Von P. G. de Saussure. (Pan-Americ. Med. Congr. 1893. — Med. Rec. Nr. 1194. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 37.)*

In der Heimat des Redners, in Charleston, ist die Häufigkeit des Parasiten beim Menschen im Zunehmen begriffen. Der Neger ist mehr für die Krankheit disponirt, als der Weisse, auch ist sie häufiger bei den ärmeren Classen; eine Erblichkeit besteht nicht. Irgend welche pathognomonischen Symptome weist die Krankheit nicht auf, sie kann nur durch die Blutuntersuchung diagnosticirt werden. Oft findet man den Parasiten im Blute bei Kranken, bei denen kein Symptom auf seine Anwesenheit hindeutete. Der Modus der Infection ist nicht sicher bekannt, man vermuthet jedoch, dass sie durch den Stich des Mosquito zu Stande kommt. Der Autor stellt aus 33 Krankengeschichten, über die er verfügt, folgende Symptome der Erkrankung zusammen: 24 Patienten litten an



Chylurie oder Hämato-Chylurie, 14 an Lumbago mit kolikartigen Leibschmerzen, 13 an Dyspepsie und Diarrhoe, 10 an Pulsbeschleunigung mit Herzgeräuschen, 7 an Lymphangitis mit kalten Abscessen, 4 an Fieber mit Schüttelfrösten, 12 an Chylocele. Die Hauptgefahr für das Leben besteht darin, dass der erwachsene Wurm in das Herz gelangt. Von den Fällen des Autors endeten nur zwei letal. Eine erfolgreiche Therapie der Krankheit ist bis jetzt noch nicht angegeben.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

505. ***Benzinvergiftung und Bezinmissbrauch.*** *Von Dr. Ernst Rosenthal, Magdeburg. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 13.)*

Koppel konnte seit dem Jahre 1880 11 Fälle von Benzinvergiftung sammeln. Von diesen verliefen zwei tödtlich, eine nach Einathmung, eine nach Einnehmen. Im letzteren Falle trat 10 bis 15 Minuten nach Einnehmen von 12—13 Grm. Bewusstlosigkeit ein und nach 17½ Stunden Athemlähmung. Bei einem vierjährigen Knaben, der etwas Benzin getrunken hatte, bestanden nach *Chelchowski* die Symptome in Betäubung, Lähmung der motorischen Sphäre, Magenbeschwerden, Nierenreizung (Cylindrurie, Albuminurie), Cyanose. In den übrigen Fällen waren die Vergiftungserscheinungen ähnliche. Constantes Symptom war eine mehr oder minder starke Störung des Bewusstseins. Zwei Fälle von tödtlicher Benzinvergiftung konnte Verf. in der Literatur auffinden, bei welchen die Obduction vorgenommen wurde. In dem von *Kobert* citirten Falle fand man Blutaustritte unter die Darmschleimhaut und am Brustfell. Im Falle von *Falk*, zweijähriger Knabe, der einen Schluck Benzin getrunken hatte, konnte man, trotzdem bereits Fäulnisserscheinungen an der Leiche aufgetreten waren, Benzingeruch bemerken; im Uebrigen war der Befund völlig negativ. Verf. hatte Gelegenheit, eine Benzinvergiftung bei einem 1½jährigen Kinde zu beobachten. Das Kind sollte ungefähr einen Esslöffel der Flüssigkeit geschluckt haben. Bei Ankunft des Verf.'s sollten seit dem unglücklichen Ereigniss circa 10—15 Minuten verstrichen sein. Erbrechen war nicht erfolgt, Kind im Zustand der Betäubung, die Haut sehr blass, fühlte sich kühl an. Der Puls klein, frequent. Respiration 60—70 in der Minute. Leib etwas voll. Cornealreflexe deutlich. Pupillen mittelweit, auf Licht sehr träge reagirend. Verf. führte sofort einen *Jacques*-Patentcatheter, wie er zum Ausspülen der männlichen Harnblase benutzt wird, durch die Nase in den Magen. Durch den Catheter entleerten sich etwas Mageninhalt, vorwiegend Milchreste, ausserdem mehrere blutig gefärbte Schleimflocken. Der Mageninhalt roch intensiv nach Benzin. Bei der nunmehr vorgenommenen Magenausspülung fanden sich in der Spülflüssigkeit ebenfalls noch mehrere blutige Schleimflocken. Der weitere Verlauf war der, dass die Vergiftungserscheinungen zunächst noch etwas zunahmen und circa 1 Stunde nach dem Einnehmen des Benzins ihren Höhepunkt erreichten. Der Puls an der Art. radialis war zeitweise nicht deutlich fühlbar, die Respiration war noch

etwas frequenter geworden, dabei geräuschvoll, etwas rasselnd, so wie man sie bei Aethernarcosen häufiger zu beobachten Gelegenheit hat. Der Athem des Kindes roch intensiv nach Benzin. Am Abend des Tages, circa 6 Stunden nach der Intoxication, war das Kind nur noch leicht benommen, am nächsten Morgen wieder vollständig gesund. Die von Verf. im vorliegenden Falle beobachteten Vergiftungssymptome stimmen im Wesentlichen überein mit denjenigen früher geschilderter Fälle. Bemerkenswerth ist das Auftreten von blutigen Schleimflocken im Mageninhalt und im Stuhlgang. Man muss annehmen, dass das Benzin auf die Schleimhäute des Magens und des Darmes einen entzündungserregenden Einfluss ausübt; eine Annahme, die gestützt wird durch die Experimente von *Montalti*, welcher bei Kaninchen durch Einbringen von Benzin per os eine toxische Gastroenteritis hervorrief. Die Therapie bestand in der Magenausspülung. Einen Erfolg wird man bei der, wie es scheint, ungemein schnellen Resorption des Benzins mit dieser Massnahme wohl nur dann haben, wenn man sehr frühzeitig zu der Vergiftung hinzukommt. Im Uebrigen werden die therapeutischen Massnahmen in der reichlichen Zufuhr frischer Luft bestehen und, falls Athemlähmung droht, in der Einleitung der künstlichen Respiration. Die Ausscheidung des Benzins aus dem Körper findet vorzugsweise, wenn nicht ausschliesslich, durch die Lungen statt. Verf. macht darauf aufmerksam, dass das Benzin nicht identisch ist mit dem Benzol C_6H_6, oder Steinkohlenbenzin, welches bei der Destillation des Steinkohlentheers gewonnen wird und ebenfalls betäubende Wirkungen hat. Das, was technisch als Benzin bezeichnet wird, stellt bekanntlich diejenigen Antheile des amerikanischen Rohpetroleums vor, welche bei der fractionirten Destillation (der dasselbe zur Gewinnung des raffinirten Petroleums unterworfen wird) bei einer Temperatur von 80—120° C. übergehen. Das Benzinum Petrol. der Pharmacop. German. edit. II. ist der zwischen 65—70° C. siedende Antheil des amerikanischen Petroleums. Demnach besteht das Benzin aus einem Gemenge von verschiedenen Kohlenwasserstoffen (von der allgemeinen Formel $C_n H_{2n+2}$ und von der Formel $C_n H_{2n}$); vorzugsweise soll dasselbe enthalten: Hexan $C_6 H_{14}$ und Heptan $C_7 H_{16}$. Es handelt sich daher bei der Benzinvergiftung um eine combinirte Wirkung dieser verschiedenen Kohlenwasserstoffe. Kaum dürfte es bekannt sein, dass es auch einen Abusus Benzini gibt, dass absichtlich Inhalationen mit Benzindämpfen vorgenommen werden zum Zwecke der Herbeiführung einer angenehmen Betäubung, in derselben Weise, wie ja auch Chloroform und Aether, letzteres namentlich in Irland, missbräuchlich benutzt worden ist. Verf. berichtet über einen Fall von Abusus Benzini bei einem 48jährigen Bandagisten. Dieser habe früher ziemlich reichlich Spirituosen genommen, seit 6 Monaten sei kein Tropfen Schnaps über seine Lippen gekommen; an Stelle davon habe er Einathmungen mit Benzin vorgenommen; diese Benzineinathmungen wären im Stande gewesen, ihm den Alkoholgenuss vollständig zu ersetzen. Weiter theilte der Patient mit, dass der Schlaf in den letzten 6 Wochen, trotz der häufig angewandten Inhalationen, sehr schlecht geworden sei, in der letzten Zeit hatte er auch verschiedenartige Hallucinationen, unangenehme Musik von



Drehorgeln und misstönenden Gesang von ihm bekannten Stimmen gehört; rothe Ameisen krochen auf seinem Körper umher. Der Appetit war sehr schlecht geworden. Bei der Aufnahme zeigte Patient starken Tremor. In der ersten Nacht leichte Delirien, unter deren Einfluss Patient mehrmals aus dem Bette ging und sich im Zimmer zu schaffen machte. Nach einigen Dosen Chloralhydrat Schlaf, vollständige Beruhigung, Aufhören des Zitterns, so dass Patient nach wenigen Tagen auf seinen Wunsch entlassen werden konnte. In der Literatur fand Verf. nur in *Kobert's* Toxikologie eine auf Benzinmissbrauch bezügliche Mittheilung von *Hewelke* in Warschau. Derselbe berichtet über zwei Handschuhwäscherinnen, welche bei Gelegenheit des Waschens mit Benzin zufällig eine angenehme Betäubung empfanden und seitdem sich absichtlich gewohnheitsmässig mit Benzindünsten betäubten. *O. R.*

506. ***Indicationen der Glycerinklystiere.*** *Von Doctor* ***Anacker.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. — Memorabil. 1894. 24. März.)*

Die vielfach unrichtige Anwendung des Glycerins als Eccoproticum veranlasst den Verf., die Indicationen für dieses unter Umständen ausserordentlich schätzbare Medicament genauer anzugeben. Die kleinen Glycerinklystiere wirken nur dann, wenn Fäcalmassen im Rectum sich befinden. Dann bewirken sie aber auch eine ganz physiologische Entleerung, d. h. es erfolgt nicht diarrhöser Stuhl und der Inhalt der oberen Darmpartien des S Romanum und Dickdarms folgt allmälig nach. Darnach ergibt sich die Anwendung des Glycerins als Entleerungsmittel ganz von selbst. Die Wirkung wird also ausbleiben bei mechanischen Hindernissen der Darmcirculation, in vielen fieberhaften Krankheiten mit Constipation, bei Verstopfung in Folge von Gehirn- und Rückenmarksleiden. Die Wirkung wird eine vorzügliche sein bei der habituellen Stuhlverstopfung in Folge sitzender Lebensweise, ungeeigneter Zusammensetzung der Nahrungsmittel etc. Hier ist das Glycerin am Platze, obwohl man es in obigen Fällen immerhin versuchen mag; jedenfalls bilden dieselben keine Contraindication. Bei irreponiblem Bruche würde Verf. eine kräftige Glycerineinspritzung sogar zu allererst appliciren. Hierbei bemerkt er, dass die Einspritzung einer kleinen Menge reinen Glycerins besser und schneller wirkt, als die Glycerinsuppositorien; die Fettmasse des Suppositoriums beeinträchtigt etwas die Wirkung des Glycerins auf Nerv und Darmschleimhaut. Auch der Preis des Suppositoriums ist für längeren Gebrauch zu hoch. Die täglich zur selben Stunde bewirkte Glycerineinspritzung mit nachfolgender Stuhlentleerung hat des Weiteren noch die Wirkung, dass nach gewisser Zeit sich zur gewohnten Stunde Stuhldrang einstellt und das Glycerin nur selten mehr nothwendig wird. Eine andere Wirkung des in's Rectum eingespritzten Glycerins ist eine wehenbefördernde bei der Geburt. Verf. hat immer den Eindruck gehabt, dass nach applicirtem Glycerinklystier die Geburt in viel rascherem Tempo verlief. Die Indication, das Rectum bei beginnender Geburt zu entleeren, ist ja immer gegeben. Die Geburtshelfer und Hebammen, welche dies mit Glycerin bewirken, werden die Genugthuung haben, dass jetzt Wehen auf Wehen folgen. Mögen die geburtshilflichen Anstalten hierauf ihr Augenmerk richten und über die gemachten

Erfahrungen berichten. Schliesslich hat das Glycerin als Entleerungsmittel noch ein nationalökonomisches Interesse. Es werden jährlich ungezählte Summen für Purgantien ausgegeben, deren Zahl ja Legion, deren Wirkung auf den Darmtractus aber nicht immer vortheilhaft ist. Dem gegenüber ist der Preis des Glycerins verschwindend niedrig; es genügen für sehr viele Fälle, die nur eines kleinen Anreizes bedürfen, äusserst geringe Mengen Glycerin, 5—10 Tropfen. Von Schadenanrichten kann auch bei täglichem Gebrauche nicht die Rede sein. Bezüglich der Möglichkeit der Dosirung stehen die Suppositorien den Einspritzungen des puren Glycerins auch wieder bedeutend nach. Es muss jedoch darauf gehalten werden, dass die Canüle des Spritzchens so beschaffen ist, dass keine Schleimhautverletzungen gesetzt werden können.

507. ***Die graue Mercursalbe bei Bacillarschwindsucht.*** *Von Dr.* ***Strizower,*** *Odessa. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 3. — Therap. Monatsh. 1894. April.)*

Verf. berichtet von einer Anzahl weiterer Beobachtungen über die überraschende Wirkung der Inunctionscur bei Phthisis, für die er seit 5 Jahren in Folge der früher erhaltenen günstigen Resultate wiederholt eingetreten ist. In den drei mitgetheilten Krankengeschichten handelt es sich um Fälle der schwersten Art, welche ausgedehnte Zerstörungen in der Lunge zeigten. Nach Einreibung von im Ganzen 120—135 Grm. Ungt. cin. sah Verf. das Fieber sich verlieren, den eiterigen Auswurf zunächst in einen schleimigen übergehen und dann verschwinden, die physikalischen Erscheinungen zurückgehen und das Körpergewicht sich heben (um 18—24 Pfund in $2^1/_2$—3 Monaten). Verf. hatte Sorge getragen, dass auch eine Anzahl anderer von ihm namhaft gemachter Aerzte sich an der Controle des Krankheitsverlaufes betheiligen und sich von der günstigen Beeinflussung desselben durch die von ihm empfohlene Therapie überzeugen konnten. Nichtsdestoweniger verschweigt Verf. nicht, dass es auch unter seinen Kranken solche gab, denen die Salbe keinen Nutzen gebracht hat. Jedenfalls glaubt er aber der allgemeinen Meinung, dass bei der Lungenschwindsucht Mercurpräparate Schaden anstiften könnten, auf der Basis ausgedehnter Erfahrungen entgegentreten zu können. Verf. gibt die Mercursalbe nicht für ein specifisches Mittel gegen die Phthise aus, hält aber ihre Wirkung in den Fällen, in denen überhaupt noch Heilung oder Besserung zu erreichen möglich ist, für zweifellos und sicher und mit keiner der jetzt üblichen Medicationen vergleichbar.

508. ***Ueber intravenöse Injectionen mit Sublimat.*** *Von Dr.* ***Guido Baccelli.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1894. 13.)*

Der Gedanke, gewisse Medicamente in unmittelbaren Contact mit dem Blute durch direct in die Venen gemachte Injectionen zu bringen, rührt vom Verf. her, er wurde zunächst mit höchstem Erfolg bei den schwersten Formen von Malaria verwirklicht. Durch diese Erfolge ermuthigt, fasste Verf. den Entschluss, die Anwendung der Methode auch bei der Syphilis zu versuchen. Der Erfolg war auch hier ein vorzüglicher. Die vom Verf. angewendete Lösung ist folgende: *Hydrarg. bichlorat. 1 g, Natrii chlorat. 3 g, Aq. destillat. 1000 g.* Nachdem die Haut einer strengen Asepsis unterworfen ist, wird die Nadel der mit dieser Lösung gefüllten



Spritze in eine Ader in der Ellenbogenbeuge oder an der Oberfläche der Hand oder eines Beines eingeführt, nachdem die Adern durch Binden am Oberarm, respective Schenkel zum Schwellen gebracht worden sind. Der Beweis dafür, dass man in das Lumen der Vene gelangt sei, liegt in dem Fernbleiben von Schmerzen, die sonst die Injection begleiten, in dem Fehlen einer subcutanen Anschwellung, welche sonst eintreten würde. Die Cur beginnt mit der Injection von 1 Mgrm. Sublimat täglich, d. h. 1 Ccm. der Lösung von 1 : 1000; dann steigt man auf 2, 3, 4 bis 8 Mgrm. (Maximaldose). Solche Injectionen werden jetzt von vielen italienischen Aerzten bei jenen Formen von Syphilis gemacht, die sich gegen die gebräuchlichen Mittel passiv verhalten. Hervorzuheben ist: 1. Die geringe Quantität des angewandten Heilmittels, die für den menschlichen Organismus bei den gebräuchlichen hypodermatischen und endermatischen Dosen nicht gleichgiltig ist; 2. die Möglichkeit, manche Symptome schnell zu bekämpfen, Symptome, welche auf directe Blutvergiftung durch das Virus syphilit. hindeuten; 3. die prompte und ausgiebige Wirkung auf die Gefässwände, welche der besonders beliebte Sitz syphilitischer Alterationen sind; 4. die unmittelbare Einführung dieses Mittels in die Venen gestattet, den langwierigen und nicht ebenso sicheren Weg durch die Lymphbahnen zu verlassen. Am Schlusse hebt Verf. auch die vortrefflichen Erfolge hervor, welche er seit einer langen Reihe von Jahren bei der von ihm angegebenen Methode aufzuweisen hat, die Echinococcencysten mit Sublimat zu behandeln. Wenn der Parasit in der Leber nistet, so sticht er vermittelst des gut sterilisirten Troicars, dessen Röhrchen einen Durchmesser von fast $2^1/_2$ Mm. hat, die Cyste auf ihrem höchsten Punkte an, und entzieht eine mässige Quantität von circa 30 Ccm. Flüssigkeit. Unmittelbar darauf injicirt er durch dasselbe Röhrchen 20 Grm. einer 1‰igen Sublimatlösung. Nach 5 Tagen wird die Binde abgenommen und kann dann der Kranke als genesen betrachtet werden. Der Parasit ist getödtet und die subjectiven und objectiven Symptome nehmen mehr und mehr ab.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

509. ***Der hohe Steinschnitt und seine Bedeutung für die Extraction von Fremdkörpern aus der Blase.*** *Von Prof. O. Angerer. (Annal. d. städt. allg. Krankenhäuser in München. Bd. VI. — Centralbl. f. Chir. 1894. 13.)*

Verf., der in früheren Jahren den Medianschnitt bei der Steinextraction bevorzugte, wurde durch die grossen Schwierigkeiten, welche er in einem Falle von Divertikelstein bei der Entfernung von der Perinealwunde aus hatte, veranlasst, in letzter Zeit sich stets der Sectio alta zu bedienen. Er vollführte dieselbe 31mal. Dabei machte er bis auf einen Fall, in dem der Querschnitt über der Symphyse nach *Trendelenburg* von ihm ausgeführt wurde, stets den Schnitt in der Mittellinie. Vorher wurde Blase und Mastdarm gefüllt und das Becken etwas erhöht gelagert. Nur in seltenen



Fällen war es dann noch nöthig, um mehr Raum zur Anlegung der Naht zu erhalten, den Ansatz der M. pyramidales einzukerben. Die Blasenwunde wurde mit Seide in der Weise genäht, dass die Schleimhaut nicht mit gefasst wurde; sie ward stets so gross angelegt, dass bei der Steinextraction keine Quetschung der Ränder eintreten konnte. Nachdem noch durch Injection von Borsäurelösung in die Blase festgestellt ist, ob die Naht hält, wird der Kolpeurynter aus dem Mastdarm entfernt, die Wunde lose mit Jodoformgaze austamponirt und die Hautwunde durch einige tiefe, die Scheide der Recti mitfassende Nähte vereinigt. In den ersten Tagen sorgt ein Verweilkatheter für die Urinentleerung, während die Blase antiseptisch irrigirt wird. Stets wird die Blase vor der Operation durch gründliche Spülungen mit desinficirenden Lösungen möglichst aseptisch gemacht. Von den 4 Todesfällen fällt keiner der Operation selbst zur Last; schwere, schon vor dieser vorhandene Erkrankungen der Harnorgane tragen die Schuld. Auch das Alter und die Dauer des Steinleidens sind prognostisch wichtige Factoren. In 40·7% der Fälle trat primäre Heilung der Blasennaht ein; in den übrigen Fällen, in denen sich Fisteln bildeten, erfolgte die völlige Heilung in 3—10 Wochen. Verf. hält die primäre Blasennaht in jedem Falle für zweckmässig, weil sie, auch wenn nicht haltend, die Gefahr der Harninfiltration vermindert, selbst dann, wenn schwere Cystitis besteht. Er berichtet dann noch über die Extraction von Fremdkörpern aus der Blase. Bei 2 Frauen gelang die Extraction einer Haarnadel und eines Condoms leicht. Bei einem Manne von 36 Jahren entfernte Verf. einen 15 Cm. langen Federhalter aus der Harnröhre mittelst einer schlanken Zange. In einem anderen holte er Theile einer dünnen Wachskerze und den incrustirten Docht durch den Medianschnitt aus der Blase selbst heraus, desgleichen in einem 3. Falle Theile eines ½ Meter langen Gummirohrs, das Patient zum Catheterisiren benutzt hatte. Es erfolgte gleichfalls in den 3 Fällen Heilung. In einem 4. Falle, in welchem ein Mann beim Catheterisiren zweimal den Catheter abgebrochen und Stücke in der Blase zurückgelassen hatte, trat nach der Sectio mediana und Extraction der incrustirten Fremdkörper der Tod an Phlegmone des Beckenbindegewebes und Peritonitis ein. Demnach hält Verf. die Sectio alta für die zweckmässigste Art der Eröffnung der Harnblase auch bei Fremdkörpern, weil sie eher verhindert, dass Stücke solcher zurückbleiben und Recidive eintreten.

510. ***Behandlung des angeborenen Klumpfusses.*** *Von Dr. **Felix Schlichter**, emerit. I. Secundararzt der niederösterr. Landesfindelanstalt. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 40. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 32.)*

Verf. empfiehlt die möglichst frühzeitige Behandlung des angeborenen Klumpfusses — die am besten in den ersten Tagen nach der Geburt begonnen wird — mit starren und immer länger liegenden Verbänden als sehr rasch, vollkommen sicher und gefahrlos zum Ziele führend. Die ganz unbegründete Furcht vor der Anwendung von Gypsverbänden in der ersten Hälfte des ersten Lebensjahres lässt sich nach Verf. nur durch die Annahme erklären, dass Neugeborene mit derlei Deformitäten auf den Kliniken nur



ambulatorisch behandelt und nach Anlegung des ersten Verbandes oft wochenlang nicht gesehen wurden, während welcher Zeit dann allerdings — beim ersten Verbande — sehr leicht Eczem und sogar Decubitus eintreten konnte. Verf. legte in seinen (12) Fällen am dritten Tage nach der Achillotenotomie, zu welcher Zeit die Wunde immer verheilt war, den ersten Gypsverband an, und zwar in vollkommen redressirter Stellung. Dieser blieb nur vier Tage liegen, um jeder unangenehmen, aus einem längeren, noch ungewohnten Drucke etwa resultirenden Zufälligkeit auszuweichen. Einen Tag hindurch wurde nach Abnahme des Verbandes der fortwährend mit Reismehl eingestaubte Fuss alle zwei Stunden mehrere Minuten hindurch in die redressirte Stellung zurückgedrängt. Der am nächsten Tage angelegte Gypsverband blieb acht Tage liegen; hierauf wieder ein Tag Intervall und alle zwei Stunden ausgeführte Massage. Der nächste Gypsverband blieb 14 Tage liegen und nach 2—3tägigem Intervalle folgte hierauf ein Verband für die Dauer von 3—4 Wochen. Nach dieser Zeit war die Stellung des Fusses, auch längere Zeit nach Abnahme des Verbandes, in den meisten Fällen schon eine vollkommen corrigirte. Nichtsdestoweniger wurde doch noch, nach mehrtägigem Intervalle, in allen Fällen ein Gypsverband angelegt, der 3—4 Wochen liegen blieb. Hiermit war in den meisten Fällen die eigentliche Behandlung zu Ende. Nur bei den in der Privatpraxis behandelten Fällen legte Verf. aus Vorsicht bis zur Ausführung der ersten Gehversuche alle zwei Monate einen Verband für die Dauer von 14 Tagen an. Von der Zeit des Gehens an blieben die Füsse ohne jede weitere Behandlung und hat Verf. bis heute, trotzdem ein Patient 2½ Jahre, ein zweiter 1¾ Jahre alt ist, keine Recidive gesehen. Die in der Findelanstalt behandelten Fälle wurden ausnahmslos zwischen dem vierten und sechsten Lebensmonate, wenn einige Wochen hindurch kein Recidiv eintrat, in die auswärtige Pflege gegeben und sind mit Ausnahme eines einzigen, drei Jahre alten Kindes nicht mehr in Verf.'s Beobachtung gekommen. Die kürzere Zeit (bis 14 Tagen) liegenden Verbände sind ausnahmslos ohne Inconvenienzen geblieben; nur nach länger liegenden Verbänden hat Verf., und auch nur in Ausnahmefällen, leichte Eczeme und stellenweise Abhebung der Epidermis gefunden, die sämmtlich während der zwischen den Verbänden eingehaltenen Intervalle heilten.

511. ***Hypertrophia prostatae durch Castration behandelt.*** *Von Dr. Fredrik Ramm, Hilfsarzt am Reichshospital zu Christiania. (Centralbl. f. Chir. 1894. 17.)*

Verf. berichtet über mehrfache Erfahrungen, die er machte, dahingehend, dass nach doppelseitiger Castrirung die Prostatahypertrophie rückgängig wird. Bei den Patienten, die früher eine Prostata von der Grösse einer Apfelsine hatten, ist sie nun als flache Masse zu fühlen, sie uriniren wieder wie in ihren jungen Tagen. Als vorläufiges Resultat diesbezüglicher eigener und fremder Beobachtungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Prostata gehört zu den Geschlechtsorganen. 2. Sie erreicht ihre Entwicklung nach eingetretener Geschlechtsreife oder gleichzeitig damit. 3. Bei Missbildung in den Geschlechtsorganen behält sie ihre infantile Grösse, wie bei Castration vor dem geschlechts-



reifen Alter. 4. Bei der Castration der Erwachsenen schrumpft sie ein. 5. Eine hypertrophirte Prostata schrumpft ein nach der Castration. Es tritt gleich (Tage) nach der Castration eine Verminderung des Volums ein, welche mit der Zeit zunimmt. 6. Diese Abnahme an Volumen nach doppelseitiger Castration kann für therapeutische Zwecke bei Harnbeschwerden benutzt werden, welche durch die mechanischen Hindernisse beim Uriniren durch Hypertrophia prostatae hervorgerufen sind. —r.

512. ***Die Endoskopie der hinteren Harnröhre.*** *Von Dr. Felix Loewenhardt, Breslau. (Centralbl. f. Chir. 1894. 17.)*

Während die Besichtigung der Blase durch *Nitze's* Methode in idealer Vollkommenheit ermöglicht wird, ist dieses Ziel bei der hinteren Harnröhre, trotzdem sie dem Beschauer näher liegt, keineswegs in gleichem Masse erreichbar. Zunächst bringt schon die Einführung und Lagerung der geraden Tuben in der gegekrümmten Pars fixa unvermeidliche Uebelstände mit sich, da die unphysiologische Streckung mindestens schmerzhafte und störende Gegenbestrebungen seitens der Musculatur zur Folge hat, meistens aber durch Hineinpressen von Urin das Gesichtsfeld verdeckt wird. Dieses Ereigniss ist für den *Nitze-Oberländer*'schen Apparat ganz besonders unangenehm, weil jeder Tropfen Flüssigkeit durch den glühenden Platindraht in eine Dampfwolke verwandelt wird. Dazu kommt, dass es häufig recht wünschenswerth ist, in die hintere Harnröhre Instrumente kleineren Calibers einzuführen. Dadurch werden die Verhältnisse besonders ungünstig. Es blieb nur noch eine principielle Möglichkeit übrig, nämlich die Urethra posterior von hinten her, d. h. von der Blase aus, zu beleuchten. Dadurch eliminirt man die Lichtquelle vollständig aus dem Gesichtsfelde und die Blase stellt ausserdem das natürliche Kühlreservoir für die Lampe dar. Mit einem Schlage erhält man ein überaus helles Gesichtsfeld, und das endoskopische Rohr bleibt vom Auge des Beschauers bis zum Objecte frei von jedem störenden Nebenapparat, frei zu jeder operativen Massnahme, frei zur Einführung jedes gewünschten optischen Vergrösserungsapparates. Dieses Ziel erreichte Verf. durch die verständnissvolle und bereitwillige Mitarbeit des Fabrikanten Härtel jun. in Breslau. Durch Herstellung ganz kleiner Lämpchen von geringer Spannung, welche sich in einer besonderen Isolirkapsel, einem sehr schlechten Wärmeleiter, befinden, ist es nun überdies möglich geworden, die Erhitzung der Spitze auf ein Minimum zu reduciren. Dadurch eröffnete sich die Perspective, diese Beleuchtungsmethode nicht nur für jeden Theil der Urethra, sondern auch für andere Organe zu verwenden. So ist u. A. ein Uteroskop hergestellt worden, in dem durch die Einfügung eines starken Prisma an Stelle der Glasscheibe, welche dem Fenster vis-à-vis liegt, der ganz kurze Schnabel gerader gestellt werden konnte und die abgelenkten Strahlen doch das Fenster treffen. Der Stellung des offenen Fensters entsprechend, bleibt das Gesichtsfeld nur ein begrenztes und nimmt nur einen Theil der Wand der Harnröhre, z. B das Caput gallinaginis, in sich auf. Der Katheterobturator dient zur Orientirung, da der Eintritt seines Auges in die Blase sich durch Harnentleerung bemerkbar macht, und ein geringes Zurückziehen des Instrumentes



gerade bis zum Aufhören des Urinabganges genügt, um den Beginn der Pars prostatica anzuzeigen. Dann wird der Obturator entfernt. Für eine Strictur ist das Instrument nicht verwendbar, während jede Ulceration sich vorzüglich präsentirt. —r.

513. ***Zur Behandlung der Tuberculose mit Stauungshyperämie.*** *Von Prof. T. Mikulicz. (Centralbl. f. Chir. 1894. 12. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 5.)*

Verf. hat mit der von *Bier* vor etwa einem Jahre veröffentlichten Methode Versuche gemacht, welche entschieden für die Brauchbarkeit dieser sprechen. Im ersten Fall, der ein 10jähriges Kind mit beträchtlichem Fungus des Kniegelenkes betraf, heilte unter dem Einflusse der Stauungshyperämie der tuberculöse Process in der Zeit von 8 Wochen aus, nachdem vorher trotz Jodoformtherapie eine constante Verschlimmerung beobachtet worden war. In den ersten Tagen nach Anlegung der elastischen Binde nahmen die Granulationen eine dunkelblaurothe Farbe an und bedeckten sich nach 8—10 Tagen mit einem festhaftenden fibrinösen Belag. Ein deutlicher Rückgang liess sich von der zweiten Woche an bemerken. Die Granulationen reinigten sich, während die Schmerzen im Kniegelenke abnahmen. Auch in weiteren, ausführlich mitgetheilten 5 Fällen wurde der Process durch die Stauungshyperämie im günstigen Sinne beeinflusst. In drei Fällen dagegen trat entweder keine Heilwirkung oder eine entschiedene Verschlimmerung auf. Es kommt nach Verf.'s Ansicht vor Allem darauf an, wie weit die befallenen Gewebe sich an der Heilwirkung betheiligen. Die Wirkung der Stauungshyperämie scheint in einer Steigerung der normalen Reactionsvorgänge zu liegen, die in vielen Fällen noch zur Heilung führen kann, in welchen die Gewebe, respective der Organismus allein mit dem Tuberkelbacillus nicht fertig werden können. Betreffs der Methode bemerkt Verf., dass man in Bezug auf die Stärke und Dauer in der Anwendung der Stauungshyperämie in jedem Falle sich nach der localen Reaction und den subjectiven Empfindungen des Kranken richten soll. Verträgt es der Kranke, so kann die Binde bei Tag und Nacht getragen werden. Doch muss wegen etwaiger Entwicklung von Muskelatrophien sorgfältige ärztliche Ueberwachung statthaben. Innerhalb 8—14 Tagen kann man über die Wirkung in dem speciellen Falle schon im Klaren sein; die schmerzlindernde Wirkung tritt viel früher ein, als ein objectiv nachweisbarer Rückgang des Processes. Verf. combinirt in letzterer Zeit die Stauungshyperämie mit Jodoformbehandlung.

514. ***Die sacrale Methode der Uterus-Exstirpation.*** *Von Dr. J. Hochenegg, Docent für Chirurgie. (Wiener klin. Wochenschrift. 1893. 41, 42, 45, 48. — Prager med. Wochenschr. 1894, 18.)*

Im Jahre 1885 führte *Kraske* in die Chirurgie das nach ihm benannte Operationsverfahren ein, welches darin besteht, dass er sich den Weg zum erkrankten Mastdarm von hinten her bahnte, eventuell durch Enucleation des Steissbeines und Resection eines Stückes des Kreuzbeins, welches Verfahren den Namen führt: die sacrale Methode der Rectumexstirpation. Verf., der sich am meisten Verdienste um die Einführung dieser Methode erworben, hatte nun — angeregt durch die Uebungen und Versuche, die er bei



der Ausführung derselben angestellt und die dabei gewonnenen Erfahrungen — den Vorschlag gemacht, den erkrankten Uterus mit seinen Adnexen bei diesbezüglichen Eingriffen auf gleichem Wege anzugehen und veröffentlichte denselben im August 1888 in der Wiener klin. Wochenschrift. Unabhängig vom Verf. hatte *Herzfeld* gleichfalls Studien über die anatomischen Details, die hier in Betracht kommen, angestellt und etwas später publicirt, worauf eine Reihe von Operationen durch *Hegar* zuerst auf diese Weise ausgeführt wurden, denen sich bald durch andere Publicationen weitere Operateure anschlossen, die vollständig aufgezählt werden, und wünscht der Verf. für die Methode, abgesehen von allen Modificationen, die Bezeichnung: Die sacrale Methode in ihrer gynäkologischen Anwendung. Die Operation wurde im Ganzen nach der angeführten Statistik 98mal ausgeführt, davon 30mal vom Verf., welcher seine Fälle am Schlusse der Arbeit ausführlich mittheilt, und zwar, da er in derselben nur über das Verfahren bei Uteruscarcinom spricht, nur die 27 aus dieser Indication ausgeführten Operationen referirt. Von diesen 27 Fällen sind 22 geheilt, 2 gebessert, 3 gestorben. Nach Berücksichtigung der andern Operateure ergibt die Operation ein Mortalitätsprocent von 18·3, wobei der Beckenphlegmone als Todesursache die meisten letalen Ausgänge, die der Methode zur Last fallen, zum Opfer fielen. Am Ende der vierten Woche konnte die Mehrzahl der Patientinnen die Abtheilung verlassen und konnte die Heilungsdauer, wie sie durch Modificationen des Verfahrens, sei es durch Secundärnaht oder, wie es insbesonders durch Drainage der Wundhöhle durch die Vagina und vollständige Vereinigung der äusseren Wunde vorgenommen wurde, bedeutend abgekürzt werden. Eine Excochleation vor der Operation ist in den meisten Fällen unnöthig; die leichte Uebersicht des Operationsfeldes, welches mit Rücksicht auf die Blutstillung, Schonung der Ureteren und Verhütung einer Infection des Peritoneums grosse Vortheile bietet, ist, abgesehen davon, dass man Fälle, die sonst inoperabel schienen, angehen kann, am meisten geeignet, der Operation eine bessere Zukunft zu verschaffen. Auch für Fälle von Uebergreifen des Carcinoms auf die Umgebung, wo die vaginale Exstirpation unmöglich, bei Complicationen des Carcinoms mit anderen Tumoren und Erkrankungen des Genitalapparates, bei Atresien, Schrumpfungen der Scheide, sowie räumlichen Behinderungen durch Beckenanomalien wird der Operation ein fruchtbares Wirkungsfeld eingeräumt.

Laryngologie, Otiatrik und Rhinologie.

515. ***Ueber die bisherigen Resultate der operativen Behandlung der hochgradigen Myopie nebst Bemerkungen über die Antiseptik bei Augenoperation.*** *Von Dr. Th. v. Schröder. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 4.)*

Verf. gelangt auf Grund fremder und eigener Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Gefahr der Operation an sonst normalen myopischen Augen ist bei sorgfältiger Antiseptik und bei



Einhaltung der angeführten Operationsmethode eine nur geringe. 2. Selbst bei bestehenden chorioretinalen Veränderungen des Augenhintergrundes ist eine retinale Blutung nur dann zu fürchten, wenn die Veränderungen bis dicht an die Macula heranreichen. 3. Die durch die Operation gesetzten Veränderungen am Auge erhöhen die Gefahren, denen solche Augen durch ihren Zustand ausgesetzt sind (Netzhautablösung, Chorioiditis), nach den bisherigen Erfahrungen nicht. 4. Eine Abnahme dieser Gefahren durch Sistirung des Fortschreitens der Myopie und der Chorioiditis ist bisher aber auch nicht bewiesen. An der Berechtigung, hochgradig myopische Augen zu operiren, sei nach diesen Ausführungen wohl nicht zu zweifeln. Operirt sollen werden Augen mit Myopie über 13—14 D., die Brillen nicht vertragen; operirt soll in möglichst jugendlichem Alter werden. Die Antiseptik während der Operation wurde wesentlich nach den Grundsätzen von *Chibret*, *Stroschein*, *Marthen* ausgeführt. —*r*.

516. ***Eine Operationsmethode gegen Ptosis.*** *Von **Carl Hess**, Leipzig. (Arch. f. Augenhk. XXVIII. 1. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 34.)*

In der Mitte der Braue wird in deren ganzer Länge ein Schnitt durch die Haut und das subcutane Gewebe geführt und von diesem Schnitt aus subcutan in grossen Zügen die Lidhaut vom Orbicularis getrennt. Nach Stillung der Blutung werden drei doppelt armirte Fäden etwa durch die Mitte der lospräparirten Lidhaut von aussen nach innen so durchgeführt, dass beim Anziehen der Fäden eine Hautfalte entsteht, welche der Falte am normalen Auge möglichst ähnlich ist. Die an der Wundfläche der Haut hervortretenden Fäden werden nun dicht unter dem oberen Schnittrande an der Braue in die Stirnhaut eingestochen und subcutan bis etwa 5 Cm. über die Braue geführt, hier von innen nach aussen durchgestochen und über Heftpflasterröllchen geknüpft. Die Fäden bleiben 8—10 Tage liegen; sie können, wenn erforderlich, von Zeit zu Zeit etwas stärker angezogen werden. Die Wunde in der Braue wird durch eine fortlaufende Naht vereinigt. Das Wesentliche bei der Operation ist demnach, dass eine breite ausgedehnte Wundfläche geschaffen wird, durch deren Vernarbung die künstliche Falte im oberen Lide dauernd fixirt wird. Ausserdem wird durch die nach oben geführten Fäden die obere, gleichfalls der Wundfläche angehörige Kuppe der Falte auf einer grossen Strecke in innige Verbindung mit den unteren Enden der Muskelbündel des Frontalis gebracht und dadurch eine Uebertragung der Wirkung des letzteren auf das Bild in ausgiebigem Masse ermöglicht. Der kosmetische Effect ist befriedigend, da die von dem Hautschnitt herrührende Narbe durch die Braue verdeckt wird.

517. ***Ueber Mittelohreiterungen bei Säuglingen.*** *Von **H. Kossel**. (Charité-Annalen. XVIII. Jahrg. — Berliner klin. Wochenschr. 1894. 16.)*

Nachdem *v. Tröltsch* darauf aufmerksam gemacht hatte, dass sich bei der Section von Säuglingsleichen ausserordentlich häufig eiterige Mittelohrentzündung findet, haben *Schwartze*, *Wreden* u. A. diese Angabe bestätigt. Verf. hat auf Veranlassung von *Koch* im Institut für Infectionskrankheiten den Gegenstand weiter, insbe-



sondere nach der bacteriologischen Seite hin verfolgt. Unter 108 Leichen von Kindern im Alter bis zu einem Jahr fanden sich 95 Mal Entzündungen des Mittelohrs; die weitaus grössere Mehrzahl dieser Kinder hatte das Alter von 6 Monaten noch nicht überschritten. Schon diese Zahlen beweisen, welch wichtige Rolle die Mittelohrerkrankungen in der Pathologie des Säuglingsalters spielen. In der Hälfte der bacteriologisch untersuchten 38 Fälle fanden sich in dem eiterigen Secret des Paukenhöhleninhalts feine kurze Stäbchen, welche wahrscheinlich mit den Pseudo-Influenzabacillen *R. Pfeifer's* identisch sind; zehnmal fand Verf. die *Fränkel*'schen Diplococcen, viermal Streptococcen, zweimal *Friedländer's* Pneumoniebacillen, zweimal Staphylococcen und je einmal den Bacillus pyocyaneus und den Tuberkelbacillus. Verf. nimmt an, dass die Tube der Weg sei, auf dem die Eitererreger in die Paukenhöhle gelangen und dass in den meisten Fällen ein einfaches Hineinwuchern der Bacterien in die Tube von der Mundhöhle aus stattfinde. Der klinische Verlauf der Erkrankung der Säuglinge, bei welchen nach dem Tode Otitis media gefunden wurde, war ein verschiedener. In einer Reihe von Fällen bot die Krankheit das Bild einer acuten Infectionskrankheit (Bronchopneumonie, acuter Magendarmcatarrh etc.) und es ist bemerkenswerth, dass in einigen Fällen, in welchen darauf untersucht wurde, derselbe Mikrobe in den erkrankten Organen wie im Ohreiter gefunden wurde. Die grössere Zahl der Säuglinge, bei welchen die Section Eiterung im Mittelohr ergab, bot klinisch das Bild der Atrophie. Verf. nimmt an, dass bei vielen dieser Kinder die eiterige Mittelohrerkrankung, welche neben Hyperämie und Oedem des Gehirns oft den einzigen anatomischen Befund bildet, direct als Todesursache anzusprechen sei. In einigen Fällen beobachtete Verf. mehr oder weniger ausgedehnte Thrombosen der venösen Blutleiter der Gehirnhäute. Einer dieser Fälle wurde bacteriologisch untersucht, und es fand sich in dem Ohreiter sowohl, wie in dem Thrombus ausschliesslich der *Friedländer*'sche Pneumoniebacillus als Beweis für den Zusammenhang der beiden Processe. Die Diagnose der Otitis ist intra vitam meist nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen, da die Untersuchung mit dem Ohrspiegel nur bei älteren Kindern gelingt, von therapeutischen Eingriffen ist völlig abzusehen.

518. ***Zur Diagnostik der Eiterungen im Processus mastoideus.*** *Von Dr. J. Müller, emerit. Assistent der otiatrischen Klinik in Wien. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 11. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 18.)*

Zur Diagnose wird ein Pneumatoskop benützt, welches aus einem Schallfänger besteht mit zwei Schläuchen für das Ohr des Untersuchers. Der Schallfänger wird an den geöffneten Mund des Patienten gehalten, welcher während der Dauer der Prüfung den Athem anhält. Wird nun eine Stimmgabel nacheinander auf die beiden Warzentheile des Patienten gesetzt, so hört sie der Untersuchende länger auf der gesunden Seite, als auf der kranken. In keinem Falle sei die auf diese Weise gestellte Diagnose durch die Operation oder Section desavouirt worden. Wenn Verf. allein in Folge der mittelst Pneumatoskop erfolgten Diagnose ohne jedes sonstige objective und, wie es scheint, auch subjective Symptom



zur Operation schreitet, so ist dieses Vorgehen nicht berechtigt. Die pathologische Anatomie lehrt, dass bei der Mittelohreiterung in der Regel ausser der Paukenhöhle auch die pneumatischen Räume des Warzentheiles an der Eiterung betheiligt sind. Und in den meisten Fällen heilt die Eiterung in der Pars mastoidea ohne operativen Eingriff.

519. ***Ueber Scopolaminum hydrobromicum und seine Anwendung in der Augenheilkunde.*** *Von K. Hogrefe. (Inaug.-Dissert., Göttingen. — Berliner klin. Wochenschr. 1894. 11.)*

Das neueste Mydriaticum, aus einer Solanee Scopolia atropoides von *E. Schmidt*, Marburg, dargestellt, wurde von *Raehlmann* in die Augenpraxis eingeführt. Die physiologischen Versuche des Verf.'s an Thieren und Menschen ergaben, dass das Scopolamin, wenn es in gleicher Lösung wie Atropin in den Conjunctivalsack instillirt wird, schneller und energischer wirkt. Die schwächste Lösung (1 : 1,000.000) brachte innerhalb einer Stunde deutliche Mydriasis hervor, die 1%ige Lösung bereits nach 7 Minuten. Dagegen ist die Dauer der Wirkung erheblich kürzer als die des Atropins; gegen Hyoscin besteht nach dieser Richtung hin nur ein geringer Unterschied. Bei einer 1%igen Lösung (3 Tropfen) trat nach drei Tagen die Pupillarreaction gegen Licht wieder ein. Bezüglich der Stärke der lähmenden Wirkung auf die Accommodation hält das Scopolamin etwa die Mitte zwischen Atropin und Hyoscin, die Dauer ist etwas geringer. Die Instillation erzeugte regelmässig ein minutenlanges Brennen im Bindehautsack; sonstige Missgefühle traten zu keiner Zeit auf. Um die therapeutische Wirkung festzustellen, wurden zahlreiche Versuche an Kranken der Klinik von Prof. *Schmidt-Rimpler* gemacht. Es wurde eine Lösung von 2 : 1000 Scopolamin benutzt, die, wie *Raehlmann* schon gefunden, etwa der 1%igen Atropinlösung entspricht und wie diese angewandt wurde. Die antiphlogistische und schmerzstillende Wirkung war eine gute, wenn sie auch das Mass der bei Atropin zu beobachtenden nicht überstieg. Nach der auch von *Schmidt-Rimpler* getheilten Ansicht (der übrigens weder die von *Raehlmann* betonte ungünstige Einwirkung des Atropins auf Hypopyon, noch die Häufigkeit einer durch Atropininstillation hervorgebrachten Allgemeinwirkung beobachtet hat), ist das Scopolamin in Fällen von Unverträglichkeit gegen Atropin als ein sehr erwünschter Ersatz zu empfehlen; in allen anderen Fällen ist das neue Mittel in seiner klinischen Wirkung etwa dem Atropin gleichzusetzen.

520. ***Zur Technik der Trepanation des Schädels beim otitischen Hirnabscess.*** *Von Dr. W. Hansberg, Dortmund. (Zeitschr. f. Ohrenhk. XXV. Bd. — Münchner med. Wochenschr. 1894. 18.)*

Verf. bespricht nur die Abscesse im Schläfenlappen und Kleinhirn, da andere Stellen des Hirns sehr selten betroffen sind. Nachdem er die gebräuchlichen Operationsmethoden angeführt hat, erörtert er die topographisch-anatomischen Verhältnisse, welche er durch eigene Untersuchungen am Hirn Erwachsener studirt hat. Die Angabe *v. Bergmann's*, dass man in das Gehirn 4—5 Cm. tief einstechen könne, schränkt Verf. dahin ein, dass an gewissen Stellen nicht über 3 Cm. tief eingegangen werden dürfe. Dann werden die Herderscheinungen auf Grund physiologischer Betrach-



tungen besprochen. Auch bei denjenigen Fällen, bei welchen Herdsymptome fehlen — und das ist die Mehrzahl — besitzen wir jetzt wichtige Anhaltspunkte für unser operatives Vorgehen. Insbesondere durch die werthvolle statistische Arbeit *Körner's* ist entgegen der alten Lehre von dem entfernten Sitz des Hirnabscesses wohl endgiltig festgestellt, dass fast alle otitischen Hirnabscesse ebenso wie die traumatischen sehr nahe dem Orte des primären Leidens sich befinden. Verf. hebt mit Recht hervor, dass in Folge dessen die bisherige Therapie eine wesentliche Aenderung erfahren muss. Es ist solchen Methoden der Vorzug zu geben, bei welchen sich der Operateur ganz in der Nähe des Felsenbeins hält, oder noch besser, es ist der Hirnabscess vom Innern des Ohres aus zu eröffnen. *Schede* und *Kretschmann* haben auf diesem Wege Heilung erzielt. Auf dem letzten Otologencongress hat dieses neue Vorgehen viele Freunde gefunden. Dass damit eine andere wichtige Forderung gleichzeitig erfüllt werden kann, nämlich die Ohreiterung selbst zur Heilung zu bringen, ist ein weiterer Vortheil. Dasselbe Princip hat seine Anwendung zu finden sowohl bei Schläfenlappen- als auch Kleinhirnabscess.

521. ***Ueber Sehprüfungen bei Eisenbahnbeamten.*** *Von Privatdocent Dr.* ***P. Silex.*** *Vortrag im bahnärztlichen Verein zu Berlin. 27. October. (Centralbl. f. Augenhk. 1894. April.)*

Verf. beweist durch eine Reihe aus der Praxis gegriffener Beispiele, dass die jetzige Fassung der Frage 12 des bahnärztlichen Zeugnisses eine ungenügende ist, und macht der Versammlung in 7 Thesen hinsichtlich der Anforderungen an das Sehvermögen der einzelnen Beamtenclassen Vorschläge, zu deren Durchmusterung eine Commission gewählt wird, deren Beschlüsse der nächsten Versammlung mitgetheilt und den zuständigen Behörden zur Prüfung vorgelegt werden sollen. Zum Schluss empfiehlt er, dass von allen Bahnverwaltungen ein oder mehrere Ophthalmologen als Hilfskräfte herbeigezogen werden, wie es bei der Eisenbahndirection Berlin schon seit Jahren geschieht, oder — als noch rationeller — dass verantwortliche Bahn-Augenärzte angestellt werden, denen nicht allein alle Seh- und Farbenprüfungen zu übertragen sind, sondern auch die Behandlung aller der augenkranken Beamten, für die der Bahnarzt eine Specialbehandlung für nothwendig erachtet.

Dermatologie und Syphilis.

522. ***Die Behandlung eitriger Bubonen der Leiste durch subcutane antiseptische Durchspülung.*** *Von Doctor* ***Trnka.*** *(Wiener med. Wochenschr. 1893. 9. — Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XVII, pag. 141.)*

Verf. empfiehlt für mehrverzweigte, noch nicht vollständig verflüssigtes Drüsengewebe enthaltende, grosse Bubonen der Leiste folgende Behandlung: Er macht an der Peripherie des Abscesses mehrere einfache Incisionen, führt an einer Stelle Glascanülen oder Guttaperchadrains ein und spült die Höhlen so lange mit



schwachen desinficirenden Lösungen von Kochsalz, Kali hypermanganicum etc. durch, bis die Lösung wieder rein ausfliesst. Hernach injicirt Verf. 3% Carbol- oder 1‰ Thymollösung bis zur Füllung der Höhle bis zur alten Grösse, belässt die Lösung durch einige Minuten darin, spült hierauf wieder mit Kochsalzlösung durch, injicirt etwas Jodoformemulsion und legt nun einen Compressionsverband (Trockendruckverband) an. Eventuell findet 1—3malige Wiederholung des Verfahrens nach je 4—5 Tagen statt. Heilungsdauer durchschnittlich 14—20 Tage.

523. ***Ein Beitrag zur Gonococcenmetastase.*** *Von Doctor **G. Horwitz.** (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 4. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894, Bd. XVII, pag. 279.)*

Verf. erwähnt die verschiedenen Theorien des Zustandekommens von Trippermetastasen, wie sie bisher von den verschiedenen Forschern angenommen wurden und gibt als Beweis für die Richtigkeit der Ansicht *Deutschmann's* und Anderer, die die Einwanderung des Gonococcus *Neisser's* im Wege der Blutbahn als Ursache der Metastasen ansehen, folgenden Fall aus der Klinik von *E. Lang* in Wien. Bei einem 27jährigen kräftigen Manne besteht bereits seit einem Jahre ein wechselnd starker schleimig-eiteriger Ausfluss aus der Harnröhre, ohne dass irgend welche Therapie angewendet worden war. Es finden sich nach der Aufnahme des Patienten spärliche Gonococcen im reichlichen Urethralsecret. Am Dorsum metacarpi sinistri, entsprechend der Sehne des Mittelfingers, ein entzündliches Infiltrat mit acut gerötheter Haut. Es besteht grosse Empfindlichkeit bei Bewegungen. Nach zwölftägigem Bestehen wird der nun deutlich fluctuirende Abscess mittelst sterilisirter Nadel punctirt. Es entleeren sich einige Tröpfchen blutig seröser Flüssigkeit, deren Untersuchung keine Gonococcen ergibt. Vier Tage später Spaltung des Abscesses, Auskratzung der mit krümligem Eiter gefüllten Höhle mit dem scharfen Löffel. In dem zähen, schleimigen Eiter fand *R. Paltauf* reichlich Gonococcen, deren Cultivirung weder auf Gelatine oder Agar, noch auf Blutserum allein, wohl aber auf dem von *Wertheim* angegebenen Gemisch von Agar und menschlichem Blutserum gelingt.

524. ***Ein Fall von phagedänischem und gangränösem Schanker mit schwerer Hämorrhagie der linken A. dorsalis penis.*** *Von **A. Rey.** (Journ. de malad. cut. et syph. 1893. 12. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 36.)*

Eines Morgens erschien im Civilhospital zu Algier der 21jährige Kranke mit blutigen Kleidern. Das Blut entleerte sich, wie die Inspection ergab, aus dem Penis, welcher stark geschwollen war und eine beträchtliche Phimose aufwies. Eine Ulceration war nicht zu sehen, die Drüsen waren nicht geschwollen. — Patient hatte sich am 19. November mit Ulcus molle inficirt und hatte am 10. December zum ersten Male eine Blutung bemerkt. Die Diagnose wurde auf subpräputialen weichen Schanker gestellt und auf Arrosion der Arterie. Eine Incision über die ganze dorsale Fläche des Penis bis zur Glanswurzel liess folgenden Befund erkennen: 1. Eine Ulceration von der Grösse eines Fünfzigpfennigstückes auf der linken dorsalen Seite des Gliedes hinter dem Sulcus coronarius; nach Entfernung des Eiters und der Krusten sieht man das Blut aus der



durch den schankrösen Process eröffneten Arterie strömen. 2. Einen gangränösen Schanker mit Mortification des oberen rechten Theiles der Glans von der Grösse eines Daumennagels und einer Tiefe von ungefähr 5 Mm. 3. Zahlreiche Ulcerationen auf der Oberfläche der Glans. Die Inoculation der Ulceration von Nr. 1 in die Nachbarschaft des Nabels ergab ein positives Resultat. Die Blutung wurde durch eine Chlorzinkoxydpaste gestillt; später Verband mit Jodoform. Vernarbung im Anfang Januar. Wiederherstellung des Präputiums unter Anästhesie; complete Heilung.

525. ***Fall von spastischer Spinalparalyse auf syphilitischer Grundlage.*** *Von Dr. **Lewin**. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894, Bd. XVII, pag. 306.)*

In der „Berliner dermatol. Vereinigung" stellte Verf. eine Patientin vor, die an spastischer Spinalparalyse leidet. Es zeigte sich ein gesteigerter Patellarreflex, eine beginnende Parese der Füsse mit Spitzengang und ein stark ausgesprochener Fussclonus. Die Kranke kam mit Rupia auf die Abtheilung. Auf der hinteren Pharynxwand war ein Geschwür vorhanden. Nach sechs Injectionen von Hydrarg. oxycyanat. musste wegen zunehmender Schwäche der Patientin mit der Behandlung aufgehört werden. Nachher wurde durch Jodkali eine bedeutende Besserung erzielt. *Erb*, der im Jahre 1875 zuerst diesen Symptomencomplex zusammengestellt hat, hat später eine Unterart dieser Affection beschrieben, die transversale Myelitis, bei der es sich um eine Erkrankung der Seitenstränge, vorzüglich der Pyramidenbahn handelt, und als Aetiologie Syphilis angegeben. Der Fall ist insofern interessant, als er durch die Therapie geheilt wurde, was Verf. in anderen ähnlichen Fällen nicht gelungen ist. So hat er vor einigen Tagen einen anderen Fall, den er im vorigen Jahre behandelt hat, wiedergesehen Derselbe hat mehrfach Schmier- und Schwitzcuren ohne Erfolg durchgemacht. Ebensowenig kann Verf. die Erfolge des Quecksilbers bei Tabes bestätigen.

526. ***Ueber eine mit Nägelverlust und Polyarthritis combinirte Eruption von Hornkrusten auf Grundlage einer Blennorrhoe. Recidive im Verlaufe eines neuen Trippers.*** *Von **E. Vidal**. (Annal. de dermat. et syph. 1893. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894, Bd. XVII, pag. 285.)*

Ungefähr in der sechsten Woche einer mit Polyarthritis und Conjuctiv. cat. verbundenen Gonorrhoe entwickeln sich bei dem 24jährigen nervös-rheumatisch belasteten Patienten des Verf.'s Hornkrusten über dem rechten Knie, und von da ziemlich symmetrisch über den ganzen Körper hin. Sie sind hart, trocken; am Kopfe klein und zerstreut, werden sie gegen abwärts immer grösser. Zu dicken Hornschichten vereinigt heben sie die Nägel empor. Stellenweise bilden sie förmliche Hauthörner, an den Sohlenflächen zusammenhängende Hornschichten. Nur ausnahmsweise entwickeln sich die Krusten auf vorangehenden Bläschen. Hebt man sie ab, so erscheint ein etwas papillomatöser, trockener oder nur wenig feuchter Grund. Der grösste Theil der Nägel ging verloren. Nachdem die ganze Affection bei Abheilung der Gonorrhoe allmälig normalen Verhältnissen Platz gemacht hatte — nur die Nägelbildung wurde eine difforme — trat sie in derselben Weise und



Stärke während eines neuerlichen mit Polyarthritis und catarrhalischer Conjunctivitis verbundenen Trippers auf. Verf. reiht die Affection an die bisher bekannten Hautlocalisationen der Blennorrhoe. die rubeoliformen Ausschläge, die polymorphen Erytheme u. A an.

527. ***Congenitale Syphilis bei paterner Infection.*** *Von R. Bergh. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1894, Bd. XVII, pag. 113.)*

Verf. schildert eine Beobachtung, welche als Beispiel dafür dienen soll, dass in einzelnen Fällen eine paterne Infection mit Ausschluss der Mutter, die auf unaufgeklärte Weise von Infection verschont geblieben ist, vorkommt: Eine 20jährige gesund aussehende Prostituirte gebar am 31. Januar 1892 zum 1. Mal ein ausgetragenes Mädchen. Die Mutter stillte nicht und das Kind war nicht von einer Amme gesäugt worden. Das Kind war acht Wochen alt, von der Pflegemutter kommend, in das Hospital aufgenommen worden und war vor dem mit keiner Person, die es hätte anstecken können, in Berührung gekommen. Etwa 14 Tage vor dem Eintritt in das Spital hatte die Pflegemutter bemerkt. dass das Kind Schnupfen. sowie eine nässende Affection am After. einige Tage nachher auch Flecken am Körper hatte. Im Spital zeigte sich bei dem 3900 Grm. wiegenden Kinde eiteriger Ausfluss aus beiden Nasenlöchern, ferner war an der linken Seite des harten Gaumens eine weissliche Infiltration der Schleimhaut, am Körper zahlreiche zerstreute Flecken und Papeln, auch an den Fingern, an den Handflächen und Fusssohlen zerstreute Papeln, in der Fossa analis ein Conglomerat von stecknadelkopfgrossen Papeln, purulenter Ausfluss aus der Vulva. Durch Behandlung mit Calomel waren die Symptome nach 3—4 Wochen verschwunden. Das Kind wurde nach 75 Tagen aus dem Spital entlassen und schien 1 Jahr später gesund und von gesundem Aussehen. 6 Monate nach der Geburt wurde die Mutter mit frischer Syphilis in das Hospital aufgenommen. Die Erscheinungen bestanden in Induration an den Nymphen, an der Commissura posterior, indurativem Oedem an der linken Nymphe und dem Labium maj., Scleradenitis und den gewöhnlichen Prodromen, besonders starkes Kopfweh, Cardialgie. Angina und Haarausfall. Nach 30 Inunctionen waren sämmtliche Erscheinungen geschwunden. Es unterliegt nach Verf. keinem Zweifel, dass das Kind syphilitisch war, und es ist nicht weniger sicher. dass es an congenitaler Syphilis litt. Ebenso steht fest, dass die Mutter bei der Geburt des Kindes wirklich gesund war. was aus der frischen Infection post partum hervorgeht.

528. ***Extragenitale Syphilis-Infection.*** *(539 Fälle.) Von Rudolf Krefting. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894. 2. Heft. — Allg. med. Centr.-Ztg. 1894. 37.)*

In dem Hospital zu Christiania wurden während eines Zeitraumes von 25 Jahren 2916 mit Syphilis genital inficirte Patienten behandelt, von diesen waren 1354 erwachsene Männer und 1558 Frauen und 4 unerwachsene Mädchen. In demselben Zeitraum befanden sich im Hospital 539 auf extragenitalem Wege inficirte Patienten. 15 6% waren extragenital angesteckt, von diesen waren 292 Erwachsene, wovon 61 Männer, 231 Frauen und 247 Kinder, und zwar von letzteren 117 Knaben und 130 Mädchen. Die extragenitale Infection für die in dem Hospital Behandelten zeigte sich



also bei weitem häufiger unter den Frauen als unter den Männern. Verf. schildert uns an der Hand von Tabellen die wechselnde Häufigkeit der extragenitalen Infection in den letzten 25 Jahren. Man sieht aus diesen Tabellen, dass die relative Häufigkeit derselben im Jahre 1875 am grössten gewesen ist, indem von 65 behandelten Kranken 22 extragenital inficirte waren (34%), während die absolut grösste Zahl von extragenital inficirten 1871 behandelt wurde (49 Fälle). In den letzten 4 Jahren 1888—1891 ist die absolute und relative Häufigkeit extragenitaler Infectionen gesunken, während die Zahl der genital inficirten Patienten bedeutend gestiegen ist, was Verf. auf die 1888 erfolgte Aufhebung der controlirten Prostitution zurückführt; die Abnahme der extragenitalen Infection ist vielleicht auf die Furcht des Publicums vor ansteckenden Krankheiten überhaupt zurückzuführen. Verf. schildert dann ausführlich die charakteristischen Eigenschaften extragenitaler Schanker und die verschiedene Localisation. Mit Ausnahme von etwa 100 Fällen ist die Entstehungsursache der extragenitalen Infection für sämmtliche beobachtete Fälle nachgewiesen; die Infectionen per os, die zusammen ungefähr vier Fünftel sämmtlicher Fälle ausmachen, schreiben sich theils von Ess- und Trinkgeräthschaften, theils von Küssen her, in Betreff einiger Säuglinge vom Saugen und einiger Erwachsener von der Pfeife oder Cigarre. Wie aus den Angaben des Verf. hervorgeht, sind die Kinder der unteren Classen der Bevölkerung sehr der Gefahr ausgesetzt, von Syphilis insons befallen zu werden. Was den Verlauf der Krankheit anbetrifft, so haben sich bei extragenital Inficirten verhältnissmässig viele schwere Formen mit starken Exanthemausbrüchen und Iritiden gezeigt. Besonders scheinen Brustdrüsen und Lippeninfectionen bei Erwachsenen oft Anlass gegeben zu haben zu schwerer Syphilis mit verhältnissmässig späten Recidiven.

529. ***Ueber Urticaria.*** *Von Lanz, Laupen. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 9.)*

Verf. theilt seine Krankengeschichte mit: Zu wiederholten Malen machte er Urticaria durch, und zwar immer in Folge von Verdauungsstörungen, namentlich nach Genuss von kohlensäurehaltigen Getränken, zwei Male nach Genuss von weissem Neuenburger Wein. Eines Tages verspürte er wieder eine heftige Attaque von Urticaria bei Trägheit des Darmes, und zwar sehr wahrscheinlich nach Genuss von Limonade. Er nahm das für diesen Zweck empfohlene Menthol 0·2 in Pulver nach dem Morgenessen, da das Exanthem sich immer nach den Mahlzeiten am heftigsten einstellte. Nach kurzer Zeit zeigte sich ein Nachlass im Jucken, doch kein vollständiges Sistiren, und nach der nächsten Mahlzeit war wieder der frühere Status. Er nahm daher nach dem Mittag- und Abendessen noch je 0·2 Menthol, immer mit dem vorübergehenden Erfolg. In der folgenden Nacht machte das Menthol Magenbeschwerden in der Form von Ueblichkeiten, zugleich hatte Verf. das Gefühl, als ob im Magen ein grosser Klumpen Eis läge. Als am folgenden Morgen das Jucken wieder stark wurde, nahm er statt des Menthols 0·2 Ichthyol (in Kapseln). Nach Verlauf von kaum einer halben Stunde war die Urticaria wie weggeblasen und blieb es auch. Zur Sicherheit nahm Verf. noch zwei Mal je



0·2 Ichthyol nach der Mahlzeit und blieb seither von dem lästigen Uebel verschont.

530. ***Zur Pathologie des Scharlachs.*** *Von Ricochon. (Méd. mod. 1894. 1. — Allg. med. Central.-Ztg. 1894. 37.)*

Verf. theilt einen Fall von anormalem Scharlach mit (tiefdunkle Flecken), am 6. Tage Abschuppung kleienförmig. Der Patient hatte ein Ulcus am Beine, das im Laufe der Erkrankung der Ausgangspunkt einer Lymphangitis suppurativa wurde. Eine Frau besuchte ihn 12 Tage nach Beginn des Scharlachs, sie erkrankte an Gesichtsrose, 9 Tage später ihr Mann, dessen Finger durch Verlust der Haut wund war, an einer eiterigen Adenitis axillaris, die die Incision nöthig machte. Einige Tage darauf erkrankte eine Wöchnerin desselben Dorfes an Scharlach. Inzwischen bekam ein Mensch, der den ersten Kranken besucht hatte, eine einfache Entzündung der Lymphgefässe, schliesslich ein Mann eines anderen Dorfes, der auch bei dem Scharlachkranken sich aufgehalten hatte, ein schweres Gesichtserysipel mit Complicationen seitens der Leber und Albuminurie. Es scheint die Annahme der Identität hinsichtlich der Aetiologie gerechtfertigt.

Gerichtliche Medicin, Criminal-Anthropologie, Toxikologie.

531. ***Ueber die nachträgliche Diagnose des Geburtsmechanismus aus den Geburtstraumen der Mütter und ihre forensische Bedeutung.*** *Von J. Kocks. (Arch. f. Gyn. 43. 1. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 22.)*

Die Scheidenrisse, die ohne Kunsthilfe entstehen, sind von der Schädellage abhängig, so zwar, dass bei erster Schädellage der Riss hinten rechts und links vorn, bei zweiter hingegen links und rechts vorn neben der Columna sitzt. Die Risse beginnen bei Primiparen stets, bei Multiparen meist entsprechend dem grössten Durchmesser des Schädels, an einem Punkt hinten, neben der Columna rugarum, bleiben auf derselben Seite und endigen hier; oder sie treten auf den Damm über; vorne beginnen sie neben der Columna auf der anderen Hälfte der Scheide und endigen im Vestibulum. So gut, wie man nun aus der Schädelform des Kindes einen Anhaltspunkt für die nachträgliche Diagnose des Geburtsverlaufes gewinnt, so gut kann man in Berücksichtigung der eben mitgetheilten Befunde des Verf.'s aus dem Geburtstrauma der Mutter den Geburtsverlauf ablesen. Wenn man also z. B. der in forensischer Hinsicht wichtigen Frage näher treten will, ob ein gefundenes Kind von einer bestimmten Frau herrührt, so wird man Geburtstrauma und Schädelform zu einander in Beziehung bringen, freilich unter der Voraussetzung, dass der Durchtritt des Kopfes ohne irgend welchen Dammschutz vonstatten ging. Das pflegt aber bei geheimen Geburten zuzutreffen. Verf. hebt mit Recht hervor, dass sich der forensische Werth der von ihm angegebenen Merkmale aus der Uebereinstimmung der Schädelform



mit den Scheiden-, respective Scheidendammrissen mehr im ausschliessenden Urtheil als im bestätigenden des Gerichtsarztes geltend machen wird. Im Anschluss an diese bedeutungsvollen Auslassungen tritt Verf. der Frage näher, ob Verletzungen, besonders des Hymen und der Portio, für den Nachweis einer überstandenen Geburt oder des Verlustes der Jungfernschaft erwartet werden können. Gewöhnlich liegen die Risse an der Portio gleichfalls nicht median, sondern rechts oder links; oft aber kann man Frauen untersuchen, bei denen am Scheidentheil nicht die geringste Verletzung nach einer Geburt übrig blieb, ja, Verf. hat bei einer Wöchnerin sogar das Hymen gänzlich unverletzt gesehen, obschon die Frucht, die freilich etwas klein war, zum rechten Termin geboren wurde. Das Hymen war nach der Geburt als ein feiner, aber nirgends eingerissener, scharfrandiger Wulst vorhanden. Verf. schliesst daraus: Das verletzte Hymen spricht für den Verlust der Virginität, ein erhaltenes noch nicht gegen eine vorangegangene Geburt, geschweige denn für die Virginität. Erst ein Hymen, welches einen Finger nicht durchlässt, spricht für dieselbe.

532. ***Ein merkwürdiger Fall von Phosphorvergiftung.*** *Von Dr. **Freyhan**. (Deutsche med. Wochenschr. 1894, Nr. 3. — Therap. Monatsh. 1894, März. S. 137.)*

Es handelt sich um einen Patienten, der bei Schaustellungen zur Belustigung der Zuschauer alle möglichen Sachen, darunter Streichhölzer, verschluckte. Zu einer Zeit hat er etwa 8 Tage hinter einander je 100—150 Phosphorstreichhölzchen verzehrt, doch stellten sich dann heftige Verdauungsstörungen ein, Leibschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, die mit kurzer Unterbrechung bald so stark wurden, dass er im Krankenhaus sich aufnehmen lassen musste; hier starb er bald am 4. Beobachtungstage unter dem Bilde der acuten gelben Leberatrophie; bei der Section fand man fettige Metamorphose der parenchymatösen Organe, namentlich der Leber. Merkwürdig ist in diesem Falle das so späte Auftreten der Vergiftungssymptome, was sich aber erklärt aus dem schwankenden Gehalt der Streichhölzerköpfchen an Phosphor, der in 100 Hölzern zwischen 0·01—0·06 liegt, während erst 0·06—0·1 die tödtliche Dosis für einen Erwachsenen darstellen. Zur Vergiftung war also in diesem Falle eine grosse Menge Hölzer und zu gleicher Zeit ein maximaler Phosphorgehalt der Kuppen nöthig. Verf. wünscht, dass fortan derartige gefährliche Schaustellungen verboten würden.

533. ***Ueber einige Fälle von geistiger Erkrankung im Militärdienste.*** *Von Dr. **W. v. Speyr**. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1893. 15. November. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1894. 4.)*

Verf. hat während der letzten 11 Jahre in Waldau 18 Fälle von geistiger Erkrankung bei Soldaten beobachtet. Er theilt die Fälle in 2 Gruppen, von denen die eine 10 Personen umfasst, welche entschieden durch die Schädlichkeiten des Dienstes krank geworden sind, die andere 8 Personen, welche mehr oder weniger zufällig während eines Dienstes erkrankt sind. Die Form der Erkrankung ist bei der ersten Gruppe nur die der hallucinatorischen Verwirrtheit, welche in 2 Fällen mehr ein manisches, in den



8 anderen Fällen mehr ein melancholisches Gepräge hatte; letztere Krankheiten verliefen rascher in Heilung. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich zweimal um kurzdauernde deliriöse Zustände bei Epileptikern, zweimal um Paralyse und viermal um alkoholische Psychosen; auch hier mag ja der Militärdienst mitgewirkt haben, aber die eigentlichen Ursachen liegen natürlich anderswo. Um möglichst die geistige Erkrankung der Soldaten zu verhindern, wünscht Verf., dass womöglich nicht nur diejenigen, welche schon vorher an Geisteskrankheit, Epilepsie etc. gelitten haben, sondern auch die schwer erblich Belasteten vom Militärdienste befreit werden; letztere müssten von den praktischen Aerzten, den Aushebungscommissionen als solche gekennzeichnet werden. Ausserdem müsste eine humanere Behandlung der Soldaten Platz greifen, und diesen, wenn sie über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit etc. klagen, nicht gleich Simulation vorgeworfen werden, was zur Zeit noch leider gar zu häufig Brauch ist.

534. ***Ein Fall von Schussverletzung durch das neue schweizerische Ordonnanzgewehr, Modell 1889.*** *Von Dr. Fr. Brunner. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 7.)*

Die Eigenthümlichkeiten der durch die modernen kleinkalibrigen Geschosse erzeugten Wunden sind durch theoretische Betrachtungen und Schiessversuche längst klargelegt und in der deutschen Literatur namentlich von *Bircher*, *v. Bruns* und *Habart* eingehend erörtert worden. Diese durch Schiessversuche an Leichen und lebenden Thieren gewonnenen Resultate wurden durch Beobachtungen am lebenden Menschen, der sich in einigen Beziehungen anders verhält, in Oesterreich durch *Bogdanik* und *Habart* an Schussverletzungen mit dem 8 Mm.-Mannlicher-Gewehr bei den Aufständen in Biala und Nürschan controlirt. Es verlohnt sich wohl auch, einen Fall von Schussverletzung durch das neue schweizerische Gewehr bekannt zu geben, um so mehr, als es der erste ernstliche derartige Fall zu sein scheint und als die Construction des Geschosses eine besondere ist und die Ergebnisse deutscher Autoren nicht ohne Weiteres auf die betreffende Waffe übertragen werden können. Der Fall ist folgender: Am 18. April 1893 kehrten einige Bewohner des Dorfes D. von einer freiwilligen Schiessübung auf der Wollishoter Allmend in ihren Wohnort zurück. Oberhalb des Dorfes Hirslanden auf offener Landstrasse wollte ein Schütze dem andern zeigen, wie man zielen müsse, er legte auf einen circa 20 Meter vor ihm stehenden Kameraden an, drückte los und traf denselben, da er vergessen hatte, sein Gewehr zu entladen, in die linke Schulter. Zuerst wurde vom Geschosse der fest auf dem Laufe sitzende Mündungsdeckel durchbohrt, weggerissen und dem Verletzten in Nabelhöhe an die Weste geschleudert, ohne ihm weiter Schaden zu thun. An seinem Boden fand sich ein rundes Loch vom Geschossdurchmesser mit nach aussen umgestülpten Rändern ohne grössere Risse oder Sprünge. Dann schlug das Projectil durch die Vorderseite von Rock, Weste und Hemd, in diesen Kleidungsstücken ein scharfes, wie mit dem Locheisen gemachtes, 7 Mm. haltendes Loch verursachend, drang circa 3 Cm. unterhalb des Schlüsselbeins in der *Mohrenheim*'schen Grube in den Körper, verliess denselben etwas unterhalb der Spina scapulae und erzeugte noch in den Rücktheilen



der Kleider dreistrahlige Risse. Der Fall zeigt in typischer Weise die Wirkung der kleinkalibrigen Geschosse. Obschon das Projectil beim Durchbohren des Mündungsdeckels gewiss beträchtlich von seiner Energie einbüsste, so war es doch noch im Stande, den Körper in einem engen Canale zu durchsetzen, ohne seitliche Zerstörungen zu bewirken, ohne die Gefässe und Nerven, über welche es hart vorbeistrich, zu verletzen und ohne das Schulterblatt zu zersplittern. Eine Vetterlikugel hätte unter ähnlichen Verhältnissen wegen ihres grösseren Kalibers und der geringeren lebendigen Kraft grössere Gefäss- und Knochenverletzungen gemacht. Auffallend ist die grosse, runde, nicht eingerissene Ausschussöffnung, da sonst bei den Schiessversuchen in der Gegend des Schulterblattes nur kleine runde oder schlitzförmige Ausschüsse beobachtet wurden. Es hängt dies vielleicht ab von der Construction des Geschosses, und hätte sich ein Mantelgeschoss anders verhalten. Wahrscheinlich hat sich das Projectil vor dem Schulterblatt, an dem etwas Blei abgerieben wurde, ein wenig gestaucht. Die rissförmige Durchlöcherung der Rücktheile der Kleider deutet die verminderte Energie an. — Obschon die Subclavia selbst nicht getroffen wurde, so ist es doch leicht möglich, dass eine grössere Arterie verletzt wurde, denn die Sugillation war bedeutend; trotzdem floss nur wenig Blut nach aussen, und es scheint gerade eine Eigenschaft der neuen Schusswunden — die sich an der Leiche nicht constatiren lässt — zu sein, dass in dem engen Canal das Blut leichter gerinnt und die Blutung nach aussen und im Ganzen geringer ist.

535. *Ueber Arsenvergiftung in gerichtsärztlicher Beziehung.* *Von Dr. Schumburg. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. Bd. V. 2 u. 3.)*

Es wird allgemein angenommen, dass Arseniksäureanhydrid, beziehungsweise arsenige Säure ätzende Wirkung ausübt. In Folge dessen tritt schon oft im Munde Brennen, im Halse Kratzen und reflectorisch ein Zusammenschnüren auf, zugleich ein starkes Durstgefühl. Doch sind ausgesprochene corrosive Erscheinungen im Munde selten beobachtet, hingegen häufig aphthöse Bildungen an Zunge und Lippen, Anschwellung der Uvula, Glossitis. Gegenüber der acuten Gastritis und Enteritis unterscheidet sich die As-Vergiftung durch das jenen fehlende Brennen im Halse, während bei jenen im Anfang dagegen Obstipation und fast stets hohes Fieber besteht. Gegenüber der Cholera wird der Gerichtsarzt erwägen, ob der Durchfall dem Erbrechen voranging, was bei As-Vergiftung niemals vorkommt, ob Reiswasserstühle vorhanden sind, oder ob die fäculenten, mit Blut untermischten und unter Tenesmus entleerten Stühle im Verein mit den Erscheinungen im Rachen und der fehlenden Vox cholerica den Verdacht einer Intoxication verstärken. Die Hautausschläge bei der Cholera sind meist nur Roseola, Erythem, Urticaria, bei der As-Vergiftung mannigfacher und besonders in der hier allein vorkommenden Petechialform auftretend. Anatomisch unterscheidet sich die As-Leiche von der Choleraleiche durch die jener fehlende Cyanose und Klebrigkeit der serösen Häute. Das Blut ist in Choleraleichen gewöhnlich klumpig geronnen und es erstrecken sich die Gerinnsel von dem rechten Herzen in die Lungenarterien und von den Lungenvenen in das linke Herz.



Uebrigens ist As-Vergiftung und Cholera in einem Falle zugleich beobachtet. Sehr schwierig ist die Differentialdiagnose zwischen Cholera nostras und As-Vergiftung, die dadurch ähnlicher werden, weil die Vox chol. wie die völlige Anurie fehlen und gallige Dejectionen unter heftigen Leibschmerzen und Tenesmus entleert werden; jedoch fehlen auch ihr die charakteristischen Halserscheinungen der As-Vergiftung. Unter den Leichenerscheinungen darf der Mumification nur eine untergeordnete Bedeutung für die Diagnose der Arsenvergiftung beigemessen werden. Verf. fand Mumification nur in 27·5% der von ihm zusammengestellten Fälle. Zum Eintritt der Mumification gehört, dass eine grosse Menge Gift im Körper zurückgeblieben ist. Es wird somit der Gerichtsarzt zu eruiren suchen, ob viel oder wenig, leicht- oder schwerlösliches As gegeben wurde und wie viel davon im Körper geblieben ist. Schimmelbildung steht mit der As-Vergiftung in keinem causalen Zusammenhang. Die Möglichkeit, dass As aus As-haltigem Boden. Kränzen und Kleidern in die Leiche gelangen kann, ist vorläufig nicht ganz von der Hand zu weisen. Bei der Frage, ob nicht nach dem Tode dem Körper das Gift beigebracht sein kann, wird dem Gerichtsarzt das massenhafte Vorhandensein des Giftes in den ersten Wegen im Gegensatz zum vollkommenen Fehlen in den zweiten Wegen den richtigen Fingerzeig geben. Obenan an Kraft des Beweises für die Arsenikvergiftung steht der chemische Nachweis. Wenn Arsen in einer Leiche nachgewiesen ist, besonders in den Organen, so kann man mit Sicherheit sagen, dass dieses eine Vergiftung des Denatus bewirkt hat, selbst wenn der übrige Sectionsbefund, äussere Umstände und Krankheitserscheinungen keine Beweise dafür erbringen, aber auch keine andere Todesursache ergeben.

536. ***Klinische Beiträge zur Leuchtgasvergiftung.*** *Von Dr.* ***A. L. Mason.*** *(Bostoner Med. and Surg. Journ. 1893. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 37.)*

Verf. berichtet über 30 Fälle von Leuchtgasvergiftung, die er aus den Journalen des Boston City Hospital vom Jahre 1875 bis 1892 zusammengestellt hat. 10 Fälle waren leicht, 10 schwerer. 10 endeten tödtlich. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen meist die Symptome von Seiten des Nervensystems. Fast alle Patienten wurden mehr oder minder comatös eingeliefert, erwachten aber in der Regel nach längstens 24 Stunden, selbst wenn die Erkrankung schliesslich zum Tode führte. Krämpfe kamen in vier Fällen zur Beobachtung, einmal bestand Lähmung der Beine. Die Herzthätigkeit war meist schwach, unregelmässig, die Haut kühl. cyanotisch. Die Athmung war beschleunigt und oberflächlich, selten stertorös; in einem Falle bestand *Cheyne-Stokes*'sches Phänomen. Der Urin war in einigen Fällen eiweiss- und bluthaltig; bisweilen bestand Retention, in anderen Fällen wieder Incontinenz. Nicht selten verbreitet der Urin einen deutlichen Leuchtgasgeruch. Die Temperatur war meist subnormal (in einem Falle 34·1°), selten erhöht. Was die Therapie betrifft, so handelt es sich in erster Linie darum, einen Ersatz für das an das Gas fest gebundene Hämoglobin zu schaffen. Verf. glaubt nicht, dass hierzu die Transfusion nicht nöthig ist, sondern hält die Einathmung von reinem



O für wirksamer und dabei ungefährlicher. Er hat in fast allen schwereren Fällen die Sauerstoffinhalationen angewendet, früher durch Entwicklung des Gases aus chlorsaurem Kali und Braunstein, in neuerer Zeit mit Hilfe der bekannten eisernen Cylinder, die das Gas in stark comprimirtem Zustande enthalten.

Literatur.

537. ***Die Krankheiten der oberen Luftwege.*** — *Aus der Praxis für die Praxis. Von Prof. Dr.* ***Moritz Schmidt.*** *Mit 132 Abbildungen im Text und 7 Tafeln. Berlin, Julius Springer, 1894.*

In erster Linie wendet sich Verf. an die praktischen Aerzte, um ihnen an der Hand seines Buches die Ueberzeugung beizubringen, dass es für sie nichts Unmögliches sei, die Handhabung des Kehlkopfspiegels und der betreffenden Instrumente zu erlernen, damit sie sich nicht den sogenannten Specialisten ausliefern müssen. Es steht nun deshalb dem Nichtspecialisten zu, erörtern zu dürfen, ob dem Verf. sein Ziel gelungen oder nicht. Vor Allem ist vollste Klarheit der Darstellungsweise dazu vom Lehrenden zu verlangen, und wenn Jemand Verf. nicht aus seinen früheren Arbeiten kennen würde, der müsste schon nach einigem ernsten Studium des Buches erkennen, dass das Ziel erreicht ist. Also ganz auf den Standpunkt des praktischen Arztes stellt sich der Verf. und er thut es auch in der Absicht, um die wissenschaftliche Erweiterung seines Specialfaches zu ermöglichen, weil der praktische Arzt eher in die Lage kommt, Fragen z. B. über die Erblichkeit des Krebses, über den hypothetischen Zusammenhang der Ozaena mit Gonorrhoe, über etwa vorhandene Lähmungen der Stimmbänder in Bezug auf Nervencentren des Gehirns und Rückenmarks u. s. w., klären zu können. Der Verf. hat, um auf das Einzelne einzugehen, statt der gebräuchlich vorangeschickten systematischen Anatomie, die topographische in den Vordergrund gestellt, indem er zur etwa nöthigen Wiederholung der ersteren auf die Handbücher der Anatomie verweist, ob mit vollem Rechte möchten wir nur bedingter Weise zugeben und für die nächste Ausgabe eine durch Illustrationen erläuterte, wenn auch noch so kurze systematische Darstellung der oberen Luftwege in demselben Buche wünschen, um das Verständniss der topographischen Darstellung zu erleichtern. — Die Entwicklungsgeschichte der oberen Luftwege ist zum besseren Verständniss von pathologischen Zuständen und Missbildungen (Hasenscharte, Wolfsrachen, branchiogenen Tumoren, Pulsionsdivertikeln etc.) in aller Kürze und sehr dankenswerther Weise beigefügt. Folgt die Physiologie, welche in kürzester und eingehendster Weise die Errungenschaften der Wissenschaft bis auf die neueste Zeit erfolgt, wie z. B. die Thesen vom Schlucken, Sprechen, Singen (hierbei eine sehr lehrreiche Zeichnung zur Erklärung der Register der verschiedenen Lagen der Stimmgattung und des Umfanges der einzelnen Stimmen), von der Phonation, Respiration, deren centrale Repräsentation u. s. w. — Eine für den praktischen Arzt ganz ausgezeichnete Abhandlung ist das Capitel „Allgemeine Betrachtungen". Da kommen der Reihe nach zur Besprechung die Tympanie der Därme mit ihren Consequenzen Chlorose und Anämie, bewegliche Nieren, Hysterie, Neurasthenie, Wesen der Erkältung, Abhärtung, Tabak, Alkohol — dies



und noch vieles Andere, um zu zeigen, wie der Zusammenhang des Gesammtorganismus bei Erkrankung eines Einzelorganes nicht aus den Augen gelassen werden darf; ich glaube kaum, dass bisher in so eingehender Weise dieser Gesichtspunkt von einem Anderen festgehalten wurde, der ein specielles Lehrbuch der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten geschrieben. Arbeiten, wie z. B. von *Löri*, hatten ausschliesslich den Zweck, auf Krankheiten anderer Organe, welche durch Merkmale des Kehlkopfes signalisirt waren, aufmerksam zu machen. — Bei der ferneren Eintheilung des Werkes hat Verf., um sich nur auf praktischem Standpunkt zu stellen, jede Krankheit durch das ganze Gebiet im Zusammenhange verfolgt. Es wird sicher manchen Leser geben, welcher lieber die einzelnen Erkrankungen der oberen Luftwege getrennt behandelt sehen möchte, uns will es aber scheinen, als ob Verf. gerade durch seine Eintheilung einen besonders glücklichen Weg eingeschlagen, den Gesammtüberblick über die Genese der meisten Krankheiten und über die Therapie zu ermöglichen. So übersehen wir z. B. bei der Besprechung des acuten Catarrhs der gesammten oberen Luftwege zugleich den aller Nebenhöhlen der Erwachsenen und Kinder, den Pseudocroup und dessen Behandlung. Der chronische Catarrh, mit dem der Nase beginnend, schliesst ein die Lehre von der Xanthose, Rhinitis fibrinosa, atrophicans sicca, Ozaena, ferner gehört dazu die Pharyngitis in allen Formen, ebenso alle Laryngitides chronica, in Folge dessen die Pachydermie u. s. w. Auch hier wird die Behandlung in Einem und in trefflicher Weise abgehandelt. Da finden wir gar Manches, was die Jüngeren kaum noch gehört haben und manches Gute ist aus der alten Therapie herübergenommen. Das Capitel über eitrige Entzündungen umfasst u. A. auch die Oedeme, von denen der Verf. selbst zugibt, dass sie streng genommen nicht hierher gehören; jedoch haben klinische Rücksichten hier den Ausschlag gegeben. Die Erkrankungen der oberen Luftwege durch chronische und acute Infectionen, besonders die durch Tuberculose, scheinen eine besondere Zierde des ganzen Buches zu bilden, die Bemerkungen über Tuberculin, Anstaltsbehandlung u. s. w. dürften die weiteste Verbreitung finden. So geht es durch das ganze Buch hindurch, eingeschlossen die Erkrankung der Nerven in den oberen Luftwegen, welche klar dargestellt sind. Bildliche Erläuterungen zur Kenntniss der einzelnen Nervenregionen, der Kehlkopfbilder bei Erkrankung der betreffenden Nerven, respective Muskeln in sehr schöner naturgetreuer Wiedergabe u. s. w. vervollkommnen das Werk, welches sicherlich in den Kreisen praktischer Aerzte eines der gesuchtesten werden wird, wie es dem Specialisten werthvoll sein wird durch Kenntnissnahme der von Verf. in einer 30jährigen Thätigkeit auf wissenschaftlicher Grundlage gewonnenen reichen Erfahrungen.

Hausmann, Meran.

538. ***Ueber Gasphlegmonen.*** *Von Dr.* ***Eugen Fraenkel,*** *Professor am neuen allgemeinen Krankenhause in Hamburg. Mit 3 chromolithographischen Tafeln. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss, 1893. 56 S. 8⁰.*

In der *Robert Koch* gewidmeten Schrift veröffentlicht Verf. seine bacteriologischen Untersuchungen bei vier Fällen von Gasphlegmonen. Für die klinische Beurtheilung der diffus-septischen Phlegmonen ist die Gasentwicklung in den zu erweichenden und zerfallenden Geweben das Charakteristische. Nach einer kritischen Uebersicht der bisherigen



Literatur schildert Verf. den Verlauf der von ihm beobachteten Krankheitsfälle. Als Ergebniss der bacteriologischen Untersuchungen, welche den bedeutsamsten Theil der vorliegenden Publication darstellt, schildert Verf. den von ihm in Reincultur gezüchteten pathogenen Mikroorganismus, den er als „Bacillus phlegmones emphysematosae" bezeichnet. Derselbe gehört zu den Anaeroben und producirt auf allen Nährböden mit Ausnahme der Milch reichlich Gas. Die Identität dieses Bacillus mit anderen gasproducirenden Bacillen (Rauschbrand, malignes Oedem) bestreitet Verf., doch hält er an der Thatsache fest, dass verschiedene Bacterien — ausschliesslich anaerobe Bacterienarten — im Stande sind, den klinisch mit dem Namen Gasgangrän belegten Symptomencomplex hervorzurufen. In dem Schlusscapitel spricht sich Verf. bezüglich der Therapie der Erkrankung dahin aus, dass frühzeitige, die ganze Tiefe der befallenen Gewebe durchtrennende, einen möglichst ausgiebigen Zutritt atmosphärischer Luft gestattende Incisionen, verbunden mit der Anwendung oxydirender Mittel, wie Kaliumpermanganat, das sich Thieren gegenüber wenigstens gleich wirksam wie tiefe Einschnitte erwiesen hat, als diejenigen Massnahmen empfohlen werden können, von denen eine erfolgreiche Bekämpfung dieses schweren, das Leben im höchsten Grade gefährdenden Leidens zu erwarten ist. Die Ausstattung der Publication ist eine vorzügliche. —*r.*

539. ***Ueber die Perforation des Blinddarm-Wurmfortsatzes.*** *Von Dr. **T. Hertzfelder**, prakt. Arzt in München. Berlin und Neuwied 1893, Heuser's Verlag (Louis Heuser). 132 S. 8°.*

Vorliegende Schrift ist eine fleissige und kritische Zusammenstellung der gegenwärtigen Auffassung von Medicinern und Chirurgen bezüglich des operativen Eingreifens bei Behandlung in erster Linie der Perityphlitis, dann auch bei anderen Darmaffectionen, traumatischen Darm- und Bauchfellerkrankungen, Ileus, Occlusionen etc. Die Arbeit hat zunächst das Interesse des praktischen Arztes im Auge und wird zur Verallgemeinerung des nunmehr in dieser Frage geltenden Standpunktes zweifellos beitragen. Die zahlreichen Belege, welche Verf. dafür zu bringen vermag, dass die Laparotomie in Fällen von perforirenden Bauchfellverletzungen, Schusswunden, Invaginationen, Occlusionen, Ileus von chronischer Peritonitis der Kinder mit vorzüglichem und raschem Erfolge zur Verwendung kam, werden gewiss dazu beitragen, die noch immer zu hoch in Anschlag gebrachte Gefährlichkeit der Laparotomie in günstigerem Lichte erscheinen zu lassen. —*r.*

540. ***Geschichte des Bades Steben.*** *Von Dr. med. et phil. **Axel Winckler**, Badearzt in Steben. B. Konegen, Leipzig 1894.*

Verf. schildert zunächst die Entstehung und die mannigfachen Wandlungen in der Entwicklung, die das ursprünglich Bergbau treibende, aber schon Mitte des 15. Jahrhunderts als Curort benutzte Städtchen getroffen hat. Das Bad Steben, das 4 Km. von der Endstation Hof-Marxgrün (Bayern) entfernt liegt, gehört zu der Classe der mehr reinen Eisenquellen und besitzt durch die in neuerer Zeit angelegten Tiefbohrungen einen constanten Gehalt an wirksamen Bestandtheilen. Daneben sind musterhafte Moorbäder-Einrichtungen getroffen. Curhaus, Wandelgänge u. s. w. entsprechen den Anforderungen des Publicums.

Kleine Mittheilungen.

541. ***Ueber eine interessante Vergiftung mit Cantharidin*** berichtet ein Militärarzt aus Algier. Derselbe bekam eines Tages gleichzeitig eine grössere Anzahl von Soldaten zur Behandlung, welche an Abgeschlagenheit, Schwäche und starkem Priapismus, bald auch an heftiger Hämaturie litten. Indem er der Ursache dieses mysteriösen Leidens nachging, erfuhr er, dass nur solche Soldaten davon befallen wurden, welche als „Extrakost“ Frösche gegessen hatten, die sie im nahen Flusse fingen. Diese Frösche hatten sich aber, wie ferner zu constatiren war, von einer daselbst massenhaft aufgetretenen Fliegenart genährt, welche der Cantharis vesicatoria, der echten spanischen Fliege, nahe verwandt, somit ebenfalls cantharidinhaltig waren. Als diese gefährliche Beikost nunmehr abgestellt worden war, genasen die erkrankten Soldaten sehr rasch.

(Wiener med. Blätter. 1893. 50.)

542. ***Sterblichkeit des Menschengeschlechtes.*** Nach neueren statistischen Erhebungen lässt sich die Sterblichkeit auf der gesammten Erde auf 33 Millionen Menschen bemessen. Durchschnittlich kommen demnach 91.554 Todesfälle auf den Tag und circa 1 Todesfall auf die Secunde. Die menschliche Lebensdauer beträgt im Durchschnitt 38 Jahre. Ein Viertel stirbt vor dem 7., die Hälfte vor dem 18. Lebensjahre. Nur eine Person unter 10.000 erreicht das Alter von 100 Jahren, eine unter 500 die von 90 und eine unter 100 das von 60 Jahren. Verheiratete Leute leben länger als unverheiratete. Unter 1000 Personen, die 70 Jahre alt geworden, gehören 43 zur Klerisei oder zur politischen Classe, 40 zur Landwirthschaft, 33 sind Handwerker, 32 sind Soldaten, 26 Personen Advocaten und Ingenieure, 27 Personen Professoren und 24 Personen sind Aerzte etc.

(Deutsche amerik. Apotheker-Ztg. 1894. 12.)

543. ***Durchgang eines Maximalthermometers durch den Darmcanal.*** *Von Dr. Toubin. (Association française pour l'avancement des sciences, session de Besançon 1893 und Semaine méd. 1893. 51. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 4.)*

Ein Gefangener verschlang, 10 Tage nachdem er den Stiel eines eisernen Löffels verschluckt hatte, ein Maximalthermometer, als man die Temperatur im Munde messen wollte; das Instrument war 113 Mm. lang, 6 Mm. breit und war ganz von Glas angefertigt. 9 Tage nachher entleerte er per anum zugleich den eisernen Löffelstiel und das Thermometer, letzteres zeigte die Temperatur von 38·1 Grad. Der Unterschied der Temperatur in beiden Maxima war neun Zehntel; während der ganzen Zeit des Verbleibens des Thermometers im Darm betrug die Temperatur der Achselhöhle 37·2. Nahrung und Clystiere wurden während der ganzen Zeit kalt beigebracht.

Sitzungsberichte.

544. ***Ueber Transfusion.*** *Von Prof. Dr. v. Ziemssen. Nach dem Vortrag, gehalten in der inneren Section des internationalen medicinischen Congresses in Rom. (Münchner med. Wochenschr. 1894. 18.)*

Seit Jahren mit dem Studium der Methoden, sowie der Wirkung der Bluttransfusion beschäftigt, habe ich mich bemüht, vor Allem die Methode zu vereinfachen, damit dieser wichtige und so oft geradezu lebensrettende Eingriff mehr Eingang in die ärztliche Thätigkeit finde. Meine früheren Publicationen kann ich heute durch die Ergebnisse meiner neueren Beobachtungen ergänzen.

Meine Methode der intravenösen Transfusion vermeidet die Defibrinirung des Blutes, das Freiwerden des Fibrinferments und die Eröffnung der Vene durch Schnitt, welche letztere die Gefahr des Lufteintrittes involvirt. Die Methode besteht im Wesentlichen darin, dass



unter strenger Antiseptik aus der Vene des Blutspenders das Blut mittelst einer Hohlnadel in Glasspritzen von 25 Ccm. Gehalt aspirirt und sofort in die Vena mediana des Blutempfängers mittelst einer in dieselbe eingestossenen Hohlnadel eingespritzt wird. Die Einführung der Nadeln in die durch vorherige Compression am Oberarm strotzend gemachte Mediana ist leicht und gelingt selbst bei extremer Enge des blutleeren Gefässes meist ohne Schwierigkeit. Zur intravenösen Transfusion sind drei Assistenten erforderlich. Als Instrumentarium dienen drei Glasspritzen mit entsprechenden Canülen und ein grosses Gefäss mit sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung im Warmwasserbade. Letztere dient dazu, die entleerte Spritze jedesmal sorgfältig durchzuspritzen, um jede Spur von Fibrinferment zu entfernen, bevor sie von Neuem gefüllt wird. Auf diese Weise gelingt es in der Regel, Blutquantitäten von 200—300 Ccm. zu injiciren, ohne dass eine fieberhafte oder locale Reaction eintritt. Wo Fieber folgt, ist es gering und von kurzer Dauer. Bedenkliche Folgen traten in keinem Falle auf. Die unmittelbare Wirkung der Transfusion ist eine Hebung des Incarnats, eine schwach rosige Färbung der Haut und der Schleimhäute, sowie das subjective Gefühl der Kräftigung und Erfrischung. Die Aufbesserung des Hämoglobingehaltes, sowie der Rothzellenzahl steht nicht immer im Verhältniss zu dieser imponirenden Primärwirkung selbst bei Injection grosser Quantitäten Blutes.

Doch steht die günstige Wirkung der Transfusion selbst massiger Blutmengen bei acuten Anämien ausser Zweifel.

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob bei schweren progressiven Anämien öfter wiederholte Transfusionen einen Nutzen haben können und bei welchen Formen der malignen Anämien ein Nutzen zu erwarten steht. Meine diesbezüglichen neueren Beobachtungen gestatten mir nur von einer günstigen palliativen Wirkung zu sprechen. Aber die Möglichkeit ist doch nicht ausgeschlossen, dass durch oft wiederholte Transfusionen eine wirkliche Heilung erzielt wird. Es macht mir den Eindruck, als ob das transfundirte Blut eine Art Reizwirkung auf die blutbereitenden Organe ausübe. Dafür spricht z. B. die von mir beobachtete Zunahme des Hämoglobingehaltes oft noch eine Woche nach der Transfusion.

Ich will nur einen Fall meiner Beobachtung aus dem vorigen Jahre anführen, bei welchem ich im Verlaufe von zwei Monaten siebenmal die Transfusion ausführte.

Es handelte sich um eine 38jährige Dame mit progressiver Anämie und Enteroptose, welche dem Krankenhause skeletartig abgemagert im Mai des vorigen Jahres zuging. Ihr Ende schien sehr nahe. Der Hämoglobingehalt des Blutes betrug nur mehr 22%, die Zahl der Erythrocyten war 1,180.000. Dabei beträchtliche Erweiterung, Erschlaffung und Verticalstellung des Magens. Einige Tage nach der Aufnahme wurde ex indicatione vitali eine intravenöse Transfusion von 12 Ccm. undefibrinirten Blutes gemacht. Darnach keinerlei Reaction, Hämoglobingehalt unverändert, Erythrocytenzahl 1,190.000. Guter Appetit und relatives Wohlbefinden andauernd bis zum 10. Tage nach der Transfusion, wo sich ein Hämoglobingehalt von 25% ergab. Am 11. Tage eine zweite intravenöse Transfusion von 112 Ccm. ohne jede Reaction. Darnach ergibt sich der Hämoglobingehalt auf 33% und die Zahl der rothen Blutzellen auf 1,554.000 gestiegen. Am



15. Tage ergibt sich bei andauerndem Appetit ein Körpergewicht von 36·1 Kgrm. gegen ein Anfangsgewicht von 26·6 Kgrm. Am 23. Tage wurde die dritte Transfusion intravenös vorgenommen, doch lieferte der Blutspender nur 62 Ccm. Keinerlei Reaction. Hämoglobingehalt unmittelbar nach der Transfusion 33%, 4 Tage später 35%. Am 27. Tage die vierte intravenöse Transfusion von 132 Ccm., keinerlei Reaction. Subjectives und objectives Verhalten der Kranken durchaus befriedigend. Am 32. Tage beträgt der Hämoglobingehalt 36%, das Körpergewicht 38·5 Kgrm.

In den nächsten Tagen stellt sich wieder eine ihrer früheren gastrischen Krisen ein; Erbrechen, Diarrhöen, grosse Hinfälligkeit und wiederholte Ohnmachten, und 2 Tage nach Beginn dieser Störungen zeigt sich der Hämoglobingehalt wieder auf 24% und die Rothzellenzahl auf 1,018.000 gesunken.

Unter Fortdauer des elenden Zustandes wird am 47. Tage wieder die fünfte intravenöse Transfusion vorgenommen.

Zwei Tage später (49. Tag) die sechste Transfusion.

Vierzehn Tage später wurde die siebente Transfusion vorgenommen, da sich der Hämoglobingehalt wieder auf 23% gesunken zeigte; es wurden 120 Ccm. intravenös injicirt, ohne dass die geringste Reaction eintrat. Patientin blieb fieberfrei, fühlte sich subjectiv wohl und war voller Hoffnung. Hämoglobingehalt zeigte sich wieder auf 24% gestiegen. In diesem Zustande blieb Patientin noch 14 Tage im Krankenhause und trat dann aus, um in ihre Heimat zurückzukehren.

Das Ergebniss dieser Beobachtung lässt sich etwa so zusammenfassen: Durch sieben Transfusionen, durch welche im Ganzen nahezu 900 Ccm. Blut undefibrinirt eingeführt wurden, ist eine dauernde Besserung nicht erzielt worden, was wohl auf schwere Störungen in den blutbildenden Organen zurückzuführen ist. Immerhin aber beweist die Beobachtung, dass es möglich war, den äusserst desolaten Anfangszustand der Patientin derart zu bessern, dass sie das Bett zeitweise wieder verlassen und schliesslich die weite Reise in ihre Heimat ohne Bedenken antreten konnte. Wir hatten entschieden den Eindruck, dass die Kranke durch die Transfusionen am Leben erhalten worden sei, und das ist immerhin bei einer so schweren progressiven Anämie ein günstiges Resultat. Und dann spricht auch der Fall für die Brauchbarkeit der intravenösen Transfusionsmethode, welche in 6 Fällen vollkommen reactionslos verlief, und nur nach der einen Transfusion, bei welcher auch das Unterhautzellgewebe in Anspruch genommen wurde, eine mässige Fieberreaction zur Folge hatte. Auch das ist zu bemerken, dass keinerlei Entzündung oder thrombotischer Verschluss der Vena mediana herbeigeführt wurde, da dieselbe wiederholt an denselben Stellen zu der Injection benutzt wurde.

Die subcutane Transfusion steht hinter der intravenösen Methode entschieden zurück. Aber ich kann sie doch als einen Ersatz der letzteren, z. B. wo geschulte Assistenz fehlt, nicht warm genug empfehlen. Die sofortige Einpressung des injicirten Blutes in die Lymphgefässe durch kräftige Massage ist aber sehr schmerzhaft und erfordert unbedingt die Narcose. Auch sind die Injectionsstellen noch mehrere Tage recht schmerzhaft, so dass Eisblasen nöthig sind. Endlich folgt auf die subcutane Transfusion öfter fieberhafte Reaction, als auf die intravenöse, doch ist dieselbe gewöhnlich eine sehr mässige und mit den Zuständen, wie sie

früher der Transfusion defibrinirten Blutes zu folgen pflegten (Schüttelfrost, Temperaturen über 40° C. etc.), nicht zu vergleichen.

Auszeichnung. ***Dr. Sedlitzky's*** **Halleiner Mutterlaugensalz** zur Bereitung natürlicher Soolenbäder im Hause wurde bei der grossen Ausstellung für Volksernährung etc. in Wien mit dem höchsten Preise prämiirt.

(Curort Preblau, Post St. Leonhard in Kärnten.) Der Aufenthalt in dem berühmten Lavantthale ist ein ungemein genussreicher, und es darf nicht Wunder nehmen, dass sich der Besuch dieses Curortes von Jahr zu Jahr steigert. Preblau liegt 828 Meter über dem Meere und vereint in sich die Lieblichkeit, wie das Grossartige einer Alpenlandschaft. Die Bahn- und Postverbindungen nach St. Leonhard, Wolfsberg und Judenburg sind die besten. Das Curetablissement besteht aus zwei sehr comfortabel eingerichteten, auf einer schönen freien Anhöhe befindlichen Gebäuden und einem neben dem weltberühmten Brunnen gelegenen Neubaue mit elegant und bequem ausgeschmückten Zimmern. Auch die Bäder entsprechen allen, selbst den verwöhntesten Anforderungen. Die Verpflegung ist eine vorzügliche, die Preise sind mässig. Von der Curanstalt führt ein reizender Spazierweg durch einen prächtigen, ozonduftenden Fichtenwald und eine schöne, wohlgepflegte Fahrstrasse zum Ursprungsorte der 792 Meter über dem Meere entspringenden Heilquelle. Ordinirender Arzt ist Herr Dr. Max Köhler (bis 1. Juni in Wien III. Ungargasse 31). Der Preblauer Säuerling ist der reinste und wohlschmeckendste alkalische Säuerling und existirt auf dem Continent nur noch einer von nahezu gleichem Wohlgeschmack und gleicher Heilwirkung. Hervorragende Autoritäten der Wiener, sowie ausländischer Kliniken haben seine ausgezeichnete Wirkung bei Catarrhen, insbesondere bei Catarrhen der Blase, bei harnsaurer Diathese, Oxalurie, Steinbildungen, Blutungen aus den Harnorganen, Prostataerkrankungen, Diabetes, Albuminurie, überhaupt bei allen Erkrankungen des Urogenitalapparates bestätigt.

***Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau** kosten 36 kr. = 60 Pf.*
Einbanddecken** für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. **mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

545. *Die Wanderniere und ihre Behandlung (Partielle Exstirpation der Fettkapsel. Fixation der Niere in Etagen.)*

Von Dr. Fr. Schilling, Nürnberg.

(Münchener med. Wochenschr. 1894. 18.)

(Schluss.)

Tuffier und *Le Cuziat* haben Hunde operirt, indem sie drei- und viereckige Stücke der Nierenoberfläche auf die erwähnte Art freilegten und die Niere an die Wunde annähten. Bei der später vorgenommenen Section fanden sich unnachgiebige derbe narbige Verwachsungen an der Fixationsstelle. — Ob die Niere etwas höher oder weniger hoch angenäht wird, hält Verf. für gleichgiltig, wenn sie nur fest angeheftet ist. *Hahn* näht sie so tief wie möglich an, um ihr einen festen Stützpunkt zu gewähren und um Zerrung der verwachsenen Stelle zu vermeiden. *Riedel* fixirt sie möglichst hoch oben an normaler Stelle; er schiebt die Niere soweit vor das Zwerchfell in die Höhe, dass nur ihre untere Hälfte heraussieht; auch *Rotter* (Berlin) zieht die Niere durch eine besondere Nahtanordnung nach Oben; er führt die Fäden nicht parallel quer durch, sondern holt in der Reihenfolge nach unten in immer grösserem Bogen aus; die unteren Fäden, nunmehr angezogen, verkürzen sich am meisten und das Organ wird in die Höhe geschoben, umsomehr, als das obere Drittel der Niere nahtfrei bleibt. — *Herczel* legt die Niere durch den *Czerny*'schen Schnitt frei, spaltet die Fettkapsel und die fibröse Kapsel, resecirt die letztere auf 1—2 Cm. und legt die Rindensubstanz frei; dann macht er die Innenfläche des M. quadrat. lumb. soweit als möglich wund und befestigt an dieser Stelle die Niere mit der frei präparirten Parenchymfläche mittelst Catgut. Völliger Verschluss der Operationswunde. 3—4 Wochen Bettruhe. Dieser Autor, der in 4 Fällen kein Recidiv erlebte, begibt sich nach Verf.'s Ansicht durch Resection der fibrösen Nierenkapsel eines mächtigen Befestigungsmittels und Halts für die Nähte, die in der fibrösen Kapsel sicherer und fester, sowie ungefährlicher liegen wie im Nierenparenchym.

Nach *Neumann* kommen auf 274 Fälle 65·32% Heilung, 10·36% Besserung, 22·07% Misserfolg, 1182% Mortalität. Bei der Operation der rechten Wanderniere wird der Patient in



die linke Seitenlage gebracht. Darauf wird am Seitenrand des M. sacrolumbalis ein Schnitt geführt senkrecht von der 12. Rippe bis zur Crista ilei, die Haut durchtrennt, dann die derbe Fascienscheide des Sacrolumbalis gespalten; nun dringt man, den Muskel mit breiten Haken nach Innen ziehend, in die Tiefe; durchschneidet seine hintere Scheide, sowie den dahinter liegenden M. quadrat. lumbor., die 2 Art. lumb. und die entsprechenden Nerven kommen unter's Messer. Nach Durchschneidung des äusseren fibrösen Blatts des Bauchfells (alias: Fascia m. quadrat. lumb.) kommt man auf die Capsul. adipos. der durch den assistirenden Collegen von den Bauchdecken her in die Wunde gedrängten Niere. Von nun an hat Verf. in dem im Originale mitgetheilten Falle, abweichend von anderen Operateuren, folgendermassen verfahren: Da er sah, dass in jenem Fall das perirenale Fett ziemlich entwickelt war und er sich sagen musste, dass eine grössere Fettmasse, die an und für sich durch geringen Blutgehalt keine besondere Tendenz zur guten Narbenbildung besitzt, das feste und bequeme Annähen der Capsul. fibros. der Niere einigermassen hindern musste, so resecirte er von der Fettkapsel einen Streifen von Fingerlänge und zwei Querfingerbreite. Die Schnittfläche der restirenden Fettkapsel wurde nun mittelst fortlaufender Seidennaht fest an das Peritoneum angeheftet. Alsdann wurde die fibröse Kapsel der Länge nach gespalten und ziemlich ausgiebig abgelöst wie bei der Section. Durch je 5 Seidenknopfnähte beiderseits wurde die fibröse Kapsel der durch die assistirenden Hände neuerdings in die Wunde gedrängten Niere an den Quadrat. lumbor. angenäht. Schliesslich wurde die Nierensubstanz selbst — unter beständigem erfolgreichem Bestreben des helfenden Collegen, die Niere entgegenzudrängen — noch mit 2 tiefer greifenden kräftigeren Seidenfäden in der Gegend des Sacrolumbalis fixirt. Die Immobilisation geschah sonach durch eine Art Etagennaht in der Weise, dass die Capsul. adipos. nach Exstirpation eines Theils derselben an's Peritoneum, die Capsul. propria an den M. quadrat. lumbor. und das Organ selbst durch Parenchymnähte an den Sacrolumbalis unter der Cutis fixirt wurde. Die Wunde selbst wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Urin war nach der Operation frei von Blut und Eiweiss. Die 2 Nähte, welche durch das Nierenparenchym gelegt wurden, sind nach 3 Wochen entfernt worden. Reactionslose Heilung in 4 Wochen. 6 Wochen Bettruhe. Jetzt nach $^3/_4$ Jahren ist die Frau schmerzfrei. Die Niere liegt wie angemauert an dem Ort, wo sie fixirt wurde.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

546. ***Beitrag zur Kenntniss der Diagnose der croupösen Pneumonie bei Kindern.*** *Von Dr. Federici. (Ital. Archiv f. klin. Med. Bd. XXXII. Heft 3.)*

Von *v. Jaksch* ist bereits die Ansicht ausgesprochen worden, dass bei gleichzeitiger Ausscheidung von geringen Mengen von Chloridin und reichlichen Peptonmengen im Harn Pneumonie angenommen werden könne. Als Controlbeobachtung benützte Verf.



eine Anzahl von Pneumonien von Kindern, nachdem eine Pneumonie bei einem 10jährigen Kinde obige Daten ergeben hatte. Nachdem sich durchgängig dasselbe Resultat gezeigt hatte, verminderte Chloride- und reichliche Peptonausscheidung im Harne, so kam er zu der Anschauung, dass bei Kindern, bei denen Convulsionen zu Anfang der Krankheit Meningitis vortäuschen, die Diagnose überhaupt sehr erschwert sein könne, die Untersuchung des Harnes zur Feststellung der Krankheit nöthig sei, dass die Chloride bei fieberhaften Krankheiten sich vermindern, ist bekannt, dass die Peptonausscheidung dabei gleichzeitig vermehrt im Harne auftritt, bestätigt Verf. jetzt bei Pneumonia crouposa der Kinder. Die Chloride könne sogar vollkommen verschwinden.

Hausmann, Meran.

547. ***Ueber acute aufsteigende Paralyse.*** *Von Dr. F. Jolly. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 12. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 43.)*

Verf. schildert zunächst einen Fall von multipler Neuritis, der einen 41 Jahre alten Restaurateur betraf. Der Kranke hatte regelmässig stark getrunken, täglich 20 bis 30 Seidel Bier, gelegentlich auch mehr; ausserdem ist er sehr starker Raucher gewesen, was in Zusammenwirkung mit dem Alkohol wohl zweifellos zu der bestehenden Schädigung des Nervensystems führte. Das Krankheitsbild entwickelte sich nach jahrelanger Einwirkung dieser Schädlichkeiten ohne Gelegenheitsursache fast plötzlich. Zunächst wurden die unteren Extremitäten, dann die oberen Extremitäten, dann das Zwerchfell, sodann eine Reihe von Gehirnnerven ergriffen. Diese aufsteigende Paralyse war aber complicirt mit Erscheinungen elektrischer Reactionsveränderungen und mit Sensibilitätsstörungen in Händen und Füssen, sowie mit einer erst später hinzugetretenen Schmerzhaftigkeit der erkrankten Nerven und Muskeln, und die Betheiligung der Blase fehlte. Im Anschluss bespricht Verf. einige zweifelhafte Punkte in der Lehre von der sogenannten *Landry*'schen Paralyse. Nach *Landry* handelt es sich bei der Paralyse ascendens acuta um Fälle von acut aufsteigender (zuweilen auch absteigender) Lähmung mit erhaltener faradischer Erregbarkeit der Muskeln, mit keinen oder sehr geringen Sensibilitätsstörungen und mit negativem anatomischen Befund. Was das Rückenmark betrifft, so sind jedoch später mit den verbesserten Untersuchungsmethoden in einzelnen Fällen acuter aufsteigender Paralyse Veränderungen gefunden worden, myelitische Herde, theils im Rückenmarke selbst, theils in der Oblongata. Daneben bleiben aber gut untersuchte Fälle, in welchen das Rückenmark vollkommen normal befunden wurde. Es liegt nun die Frage nahe, ob nicht in solchen Fällen ohne Rückenmarksbefund doch regelmässig eine Erkrankung der peripheren Nerven vorliegt, mit anderen Worten, ob nicht die *Landry*'sche Paralyse im engeren Sinne (und das ist eben die ohne Rückenmarksveränderungen) einfach in der acuten Polyneuritis aufgeht. Diese Frage ist in jüngster Zeit von verschiedenen Autoren bejaht worden, so zunächst von *Nauwerk* und *Barth* und dann besonders von dem bekannten englischen Neurologen *James Ross*. Nach Verf. steht fest, dass auch die Neuritis nicht als zureichender Grund aller Fälle von acuter generalisirter Paralyse angesehen werden kann, sondern



dass ein Theil von solchen übrig bleibt, in welchen die das Nervensystem treffende Schädlichkeit die motorischen Abschnitte des Nervensystems bis zur Oblongata hinauf der Reihe nach in ihrer Function beeinträchtigt, nicht selten mit tödtlichem Ausgang, ohne dass dadurch erhebliche mikroskopisch nachweisbare Veränderungen der Nervenelemente gesetzt würden. Und für diese bestimmte Kategorie ist nach Verf. der Name der *Landry*'schen Paralyse zu reserviren und ihr die Kategorien der myelitischen und der am häufigsten vorkommenden neuritischen Form anzureihen. Zweifellos ist es aber, dass Uebergänge zwischen diesen Kategorien nicht selten vorkommen, so dass neben der multiplen Affection der peripheren Nerven mehr oder weniger zahlreiche myelitische Herde vorhanden sind. Das Ergebniss seiner Erörterungen fasst Verf. am Schlusse dahin zusammen, dass die in Form der acuten auf- und absteigenden Paralyse verlaufenden Krankheitszustände 1. in der Mehrzahl der Fälle der Polyneuritis zugehören, 2. durch acute myelitische oder metencephalische Herderkrankungen, oder auch durch Combination dieser verschiedenen Affectionen bedingt sein können, dass aber wahrscheinlich 3. unter Umständen die die nervöse Function schädigende Ursache zur Wirkung kommen kann, ohne mikroskopisch nachweisbare Veränderungen zu hinterlassen.

548. ***Prädilectionsstelle der Spontaneröffnung von Empyema necessitatis.*** *Von Dr. A. Tinzl, St. Pankraz, Tirol. (Original-Mittheilung.)*

Verf. hatte seit 1873 5 Fälle von Empyem in Behandlung. Bei einem Falle, Mädchen von circa 8 Jahren, war nur eine externe Incision zu machen; die anderen Fälle wurden lege artis mit einfachem Troiquart, mit oder ohne Hahn operirt. Im letzten Falle, bei einer Witwe von hoch 60 Jahren, geschah die Operation mit einem grosskalibrigen Troiquart ohne Hahn und es wurden drei Schalen übelriechenden Eiters mit violetter Streifung entleert, nachdem die Thoracocentese mit Verschiebung der Wurzeln der Brustdrüse, die entzündet und etwas ödematös geschwollen waren, beiläufig in der Axillarlinie gemacht worden war. Die Eiterquelle, die den Eiter noch reichlich nachsickern liess, versiegte nach einigen Tagen, während die Nachbehandlung den Töchtern überlassen war. Indessen nahm die ödematöse Schwellung zu und steigerte sich bis zur Abscedirung in der Tiefe der ganzen rechten Mamma. Es wurde nun an der tiefsten Stelle incidirt und der Abscess entleert. Nun war man überrascht, als der dicke, dunkle, buntfarbige Eiterstrom kein Ende nehmen wollte, um so mehr, als man das Empyem schon völlig verheilt glaubte. Bei jedem Husten und Druck auf Thorax und Lebergegend ergoss sich eine neue Menge, während die Wundränder und die lax gewordene Haut als Sicherheitsventile dienten. Verf. erwähnt, dass alle fünf Fälle am Leben blieben. Das Wichtigste jedoch, weshalb sich Verf. zu dieser Mittheilung entschlossen hat, ist die Beobachtung, die beim Kinde und beim Weibe gemacht wurde, nämlich, dass der Spontandurchbruch von Empyema in unmittelbarer Nähe unter der Brustwarze, bei halbsitzender Lage in fast perpendiculärer Richtung darunter erfolgte, und dass zur Operation a priori schon der Locus indicationis, den die Natur später selbst



anzeigt, gewählt werden sollte. Ebenso heilen pleuritische Exsudate nach 6—8 Wochen durch Punction und einfache reinliche Behandlung selbst ohne weitere Mitwirkung des meilenweit entfernten Arztes.

549. ***Zur Kenntniss der Influenzapneumonie.*** *Von A. Albu. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 7. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 22.)*

An der Hand der Influenzafälle, welche im Jahre 1893 am Moabiter Krankenhause in Berlin beobachtet wurden, bespricht Verf. die Frage von der Specifität der Influenzapneumonie gegenüber der genuinen croupösen Lungenentzündung. Diese Frage beantwortet Verf. in positivem Sinne, indem er hervorhebt, dass die Influenzapneumonie fast stets sich aus einer capillären Bronchitis entwickelt und den Bronchopneumonien zuzurechnen ist. Ihre klinischen Eigenthümlichkeiten gegenüber denen der croupösen Pneumonie beziehen sich, abgesehen von der Anamnese, in erster Reihe auf den physikalischen Befund: die Dämpfung fehlt ganz oder ist nur sehr klein und verschwindet rasch; das Sputum ist niemals exquisit rostfarben, nur im Beginn öfter gelblich und schaumig; das Fieber setzt meist ohne Schüttelfrost ein und endet lytisch. Ueberhaupt ist der ganze Verlauf weniger acut, die Reconvalescenz ist protrahirt. Auch ist das häufigere Auftreten von Pleuritis, deren Verschwinden gleichfalls längere Zeit zu dauern pflegt, bemerkenswerth. Diese Pleuritis ist nach Verf. durch eine secundäre Streptococceninfection verursacht, deren Häufigkeit bei Influenza besonders auffallend sein soll. — Die anatomischen Unterschiede der beiden Pneumonieformen bestehen hauptsächlich darin, dass bei der Influenza die Infiltration sich nur über einzelne Lobuli ausdehnt, dass die Schnittfläche wenig gekörnt und das Infiltrat fibrinärmer, aber zellenreicher ist. Das Auftreten von Pneumothorax, welches bisher nur dreimal bei Influenza beobachtet wurde, hat Verf. gleichfalls einmal gesehen; es entstand hier offenbar durch den necrotischen Zerfall eines kleinen, infiltrirten Lungenherdes, welcher sich auf die Pleura fortsetzte. Auf Grund des Angeführten hält Verf. die Besonderheit der Influenzapneumonie für völlig evident; das Auftreten von croupöser Pneumonie bei Influenza ist auf eine zufällige Doppelinfection zurückzuführen.

550. ***Fall von hämorrhagischer Nephritis nach Influenza.*** *Von Dr. H. Bock, Charlottenburg. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 27.)*

Die Seltenheit dieser Art von Nephritis rechtfertigt die Veröffentlichung des auch sonst interessanten Falles. Pat., eine 32jährige Frau, Mutter von drei gesunden Kindern. Die kräftige Frau erkrankte anfangs December vorigen Jahres an einer Influenza, die mit geringen Fiebererscheinungen, aber starken Kopfschmerzen und heftigem Ziehen in den Beinen einsetzte. Nach 10 Tagen konnte sie trotz Mattigkeit ihren häuslichen Beschäftigungen wieder nachgehen. Der im Verlauf der Krankheit untersuchte Urin enthielt keine abnormen Bestandtheile. Den 18. December machte Patientin auf die eigenthümlich dunkle Farbe ihres Urins aufmerksam. Derselbe enthielt, wie die Untersuchung ergab, Blut. Die innige Vermengung des Urins mit dem Blute liess sofort an eine Blutung



aus den harnbereitenden Organen denken und die weitere Untersuchung bestätigte die Vermuthung einer vorhandenen hämorrhagischen Nephritis. In der Nierengegend klagte Patientin über Schmerzen. Die Percussion liess ferner die Dämpfung der linken Niere gegenüber der rechten als etwas grösser erscheinen. Ausserdem bestand beständig ein dumpfer Schmerz in der linken Seite, der nach der gleichseitigen Inguinalgegend und auf den Oberschenkel ausstrahlte. Die Diagnose wurde demnach auf eine linksseitige hämorrhagische Nephritis post influenzam gestellt. Die mikroskopische Untersuchung ergab rothe Blutkörperchen des Harnsedimentes, zahlreiche Nierenepithelien, die besonders aus dem corticalen Theil der Niere, und zwar, aus der Form der Zellen zu schliessen, von den Glomerulis und von der *Müller*'schen Kapsel stammten; ferner waren an dem entzündlichen Process betheiligt die Nierenkelche, weniger die Harncanälchen. Im späteren Verlauf, besonders auf dem Höhepunkt der Krankheit, traten Harncylinder — Epithelial- und Blutcylinder — aber immer nur in beschränkter Anzahl auf. Von Interesse ist auch, dass sich zweimal Krystalle von oxalsaurem Kalk in so grosser Menge fanden, dass das Gesichtsfeld damit wie besäet war. Die Quantität des abgesonderten Urins war sofort stark herabgesetzt. In den ersten Tagen betrug die tägliche Menge 4—500 Ccm., am vierten Tage sogar unter 300. Gleichzeitig aber mit der verminderten Urinsecretion trat eine vermehrte Schweissabsonderung ein. Der Schweiss selbst roch intensiv nach Harn. Nach und nach hob sich dann die tägliche Urinmenge und damit verschwand allmälig auch die vicariirende Hyperhidrose. Am 24 December betrug die Urinmenge 700; sie schwankte dann bis zum 2. Januar zwischen 650 und 850, worauf sie dann allmälig bis zur Norm stieg. Die Hämaturie dauerte, bis die letzten Spuren der Nierenaffection verschwunden waren, drei Wochen an. Von Interesse ist es dabei, dass mit dem Aufhören der am 6. Januar eingetretenen Menstruation der Urin vollständig normal geworden war und auch von nun an blieb. Das Allgemeinbefinden der Patientin, sowie der Appetit liessen während der dreiwöchentlichen Krankheitsperiode nichts zu wünschen übrig. Die Behandlung bestand in stricter Bettruhe und Milchdiät. Innerlich wurde Tannin in Dosen von 0·1 gegeben. Ferner wurde an dem Tage der grössten Urinbehinderung ein heisses Vollbad von 44° C. mit darauf folgender warmer Einwicklung verordnet, um die Diaphorese anzuregen. Die hämorrhagische Nephritis ist eine sehr seltene Folgeerscheinung der so vielgestaltigen Influenza. *Ruhemann* hat nur 6 Fälle in der die Pandemie von 1889/90 umfassenden Literatur auffinden können. Auch die eigentliche Nephritis ist seltener, kommt aber von Zeit zu Zeit vor und zeigt dann sogar Ausgänge in chronische Nephritis und Granularatrophie. Dass die hämorrhagische Nephritis nach Influenza nicht immer so günstig verläuft, zeigt der von *Leyden* veröffentlichte Fall (Berliner klin. Wochenschr. XXVII, 10/90), der eine gewisse Aehnlichkeit mit dem des Verf.'s hat. Die 25jährige Näherin, vorher ganz gesund, erkrankte December 1889 an Influenza. An diese schloss sich gleichfalls eine acute hämorrhagische Nephritis mit hochgradiger Harnbeschränkung an. Auch hier wurde auf eine Capsulo-



oder Glomerulonephritis geschlossen. Die Symptome bestanden mit geringer Besserung bis Ende Januar, wo der Tod der stark heruntergekommenen Patientin eintrat. Die Section zeigte noch die beiden Nieren im acuten Stadium einer hämorrhagischen Nephritis.

Neuere Arzneimittel.

551. ***Klinische Beobachtungen über die Einwirkung einzelner Mutterkornpräparate (speciell des Cornutin) auf den Verlauf des Wochenbettes.*** *Von Dr. **Krohl**. (Arch. f. Gyn. 1893, Bd. 45, pag. 43. — Fortschr. d. Med. 1894, 6.)*

In der Klinik *Rosthorn*, Prag, wurden von Verf. an 120 gesunden erstgebärenden Wöchnerinnen vergleichende Versuche über die Einwirkung des Cornutin und Ergotin angestellt, indem je 40 Wöchnerinnen dazu genommen wurden, 40 aber zur Controle nichts erhielten. Die Versuche ergaben folgende Resultate: 1. Die Durchschnittsmasse für die Höhe des Uterus am ersten Wochenbettstage (vor Eingabe irgend eines Medicamentes) waren in allen drei Gruppen der Fälle fast gleich. 2. Das Cornutin, weniger schon das Ergotin, begünstigt die Involution des Uterus in hohem Grade und ist die Verkleinerung des Uterus in den drei ersten Tagen bei Anwendung von Ergotin, besonders aber bei Verabreichung von Cornutin eine viel bedeutendere als ohne dieses Mittel. 3. Erreicht durchschnittlich der Uterus bei Anwendung von Ergotin schon am dritten Tage diejenige Höhe, welche der Uterus bei Wöchnerinnen ohne Medicament erst am fünften Wochenbettstage besitzt. Bei Anwendung von Cornutin ist dagegen am zweiten Wochenbettstage die Durchschnittshöhe des Uterus derjenigen gleich, wie sie bei Wöchnerinnen ohne Behandlung erst am vierten Tage vorhanden ist. 4. Bei der inneren Untersuchung am zehnten Tage fand sich, dass bei Anwendung von Cornutin der Muttermund in 78%, bei Anwendung von Ergotin am selben Tage in 65% geschlossen war, während er ohne alle Mittel nur in 52% der Fälle nicht mehr durchgängig gefunden wurde. 5. Das Cornutin *(Kobert)*, weniger das Ergotin (Extr. Secalis Cornuti spiss. Pharm. Aust. VII. *Merck*) sind im Stande, deutliche Nachwehen, besonders in den ersten Tagen des Wochenbettes bei Erstgebärenden hervorzurufen. 6. Bei Verabreichung von Cornutin, respective Ergotin kommt es schon in den ersten Tagen des Wochenbettes zur Ausstossung von grösseren Klumpen geronnenen Blutes, während ohne diese Mittel die Ausstossung viel später zu erfolgen pflegt. 7. Treten weisse Lochien nach Verabreichung von Cornutin, respective Ergotin im Wochenbett früher auf, als ohne diese Mittel. 8. Kommt es bei Anwendung von Ergotin, besonders aber bei Verabreichung von Cornutin zu einer deutlichen Pulsverlangsamung, der Puls ist durchschnittlich bedeutend langsamer als bei Wöchnerinnen ohne Medicament. 9. Auf die Temperatur im Wochenbett hat weder das Cornutin, noch das Ergotin einen Einfluss. 10. Die Milchsecretion wird bei Anwendung von Cornutin, respective Ergotin nicht gestört. 11. Hat das Cor-



nutin, sowie Ergotin weder auf Mutter, noch auf das Brustkind eine schädliche Wirkung ausgeübt.

Darnach ist die Darreichung von Cornutin oder cornutinhaltigen Ergotins zu empfehlen: Bei jeder geburtshilflichen Operation, speciell kurz vor dem Kaiserschnitte; bei Atonia uteri; nach manualer Lösung der Placenta, sowie nach Ausräumung von Aborten und macerirten Früchten; bei Zwillingen und Hydramnios wegen drohender Atonie in Folge plötzlicher Entleerung des vorher stark gedehnten Uterus; im Wochenbett bei Subinvolutio uteri und lange Zeit blutig bleibenden Lochien; bei Endometritis puerperalis neben gleichzeitigen vaginalen und besonders auch intrauterinen Irrigationen. Contraindicirt ist die Anwendung: 1. Bei Blutungen in der Schwangerschaft. 2. Bei Wehenschwäche in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode; in der letzteren besonders contraindicirt bei verengtem Becken, bei Tumoren, die das kleine Becken ausfüllen oder die weichen Geburtswege verschliessen, bei Tetanus uteri, bei Stricturen des Muttermundes. Dargereicht wurde das Cornutin, das jedesmal frisch bereitet werden musste, in Pillen:

Rp. *Cornutini (Kobert) 0·08,*
Argillae 3·0,
M. fiant ope aquae et glycerini aa. q. s. ut f. pil.

Nr. 20 (4 Mg. jede Pille) dreimal täglich zwei Pillen, also 2·4 Cg. pro die.

552. ***Die Darstellung der Kresole (Trikresol) als Desinfectionsmittel für chirurgische und hygienische Zwecke.*** *Von Dr. **Oscar Liebreich.** (Therap. Monatsh. 1894, pag. 25.)*

Bei den verschiedenen Producten, welche der Hauptsache nach aus einem Gemenge der 3 isomeren Kresole bestehen, welche mit Hilfe von Alkalien in wässerigen Flüssigkeiten emulgirt sind — den unter den Namen Creolin, Lysol, Solveol etc. bekannten Präparaten — lässt sich eine Constanz des Procentgehaltes an Kresol nicht erreichen. Auch ist man nicht sicher, dass sich in diesen Präparaten keine schädlichen Nebenproducte finden. Wenn es auch endlich gelungen ist, die 3 isomeren Kresole zu isoliren und chemisch rein darzustellen, so ist diese Darstellung bis nun viel zu theuer, um sie für medicinische praktische Zwecke verwerthen zu können. Unter solchen Umständen muss es als ein Fortschritt bezeichnet werden, dass es der chemischen Fabrik vormals E. Schering in Berlin gelungen ist, ein reines Gemenge der drei oben genannten Kresole darzustellen, welches nun unter dem Namen Trikresol in den Handel gebracht wird. Das rein dargestellte Trikresol ist im Wasser gewöhnlicher Temperatur zu 2·0—2·5% löslich; zur äusseren medicinischen Anwendung dürften Lösungen genügen, die also nach Bedarf auf 2% gesteigert werden können. Unlöslich sind nämlich die Kresole nur, wenn sie mit Kohlenwasserstoffen, flüssigen und festen, wie z. B. mit dem Naphthalin, verunreinigt sind, wie es bei der sogenannten 100%igen Carbolsäure der Fall ist. Nach den Versuchen von *M. Gruber* dürfte eine 1%ige wässerige Kresollösung den Anforderungen des Chirurgen entsprechen. Verf. bezeichnet das neue Product als einen grossen Fortschritt, denn es sei nunmehr möglich geworden, mit dem Trikresol eine Reihe von Präparaten constanter Zusammensetzung zu verschreiben und



von den Apotheken herstellen zu lassen, die sonst nur als Speciallösungen unter verschiedenen und von unsicherem Gehalt an wirksamer Substanz und unzuverlässiger Nebenwirkung vertrieben wurden. Eine dem Lysol entsprechende Vorschrift lautet folgendermassen:

Rp. *Trikresoli* *50·0,*
Saponis Kalini Ph. G. III. *35·0,*
Aq. dest. *15·0.*
S. 20 Ccm. zu einem Liter Wasser.

Man kann beliebig den Seifengehalt, falls eine so grosse Schlüpfrigkeit der Lösung nicht gewünscht wird, durch Wasser ersetzen.

553. ***Ueber Sulfanilsäure als Palliativmittel bei acuten Catarrhen.*** *Von Prof. Dr. Vallentin. Vortrag im medic.-pharmaceut. Bezirksverein Bern. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 7.)*

Wie Verf. bei Fällen von acuter Coryza, Laryngitis und Otitis media beobachtet hat, ist die von *Ehrlich* und *Krönig* zur Bekämpfung des Jodismus eingeführte Sulfanilsäure

$$(C_6 H_4 NH_2 . SO_2 . OH)$$

ein vorzügliches und rasch wirkendes Mittel gegen gewisse Symptome der acuten Catarrhe. Die Schwellung der Nasenmuscheln bei acuter Coryza und die wässerige profuse Secretion wird in weniger als zwei Stunden wesentlich verringert oder ganz gehoben, die Röthung nimmt auffällig ab. Ebenso, wenn auch weniger sicher, wirkt das Mittel bei acuter Laryngitis, wo die starke Röthung ebenfalls verschwindet; bei Mittelohrcatarrh nimmt der Schmerz rasch ab, jedoch ohne dass vollständige Heilung eintritt. Die concomitirenden neuralgieartigen Schmerzen bei den verschiedenen Catarrhen, besonders bei influenzaartigen Formen, werden rasch gebessert, echte Neuralgien aber nicht beeinflusst. Die Dauer der Wirkung ist keine sehr lange; nach 24 bis 48 Stunden muss man die Dosis wiederholen, da sonst der Catarrh meist wiederkehrt. Bei chronischen Catarrhen, wo man kleinere Gaben längere Zeit verordnen kann, werden wenigstens die besonders bei chronischer Otitis media so lästigen, schmerzhaften Exacerbationen seltener; die Heilwirkung ist im Uebrigen geringer, als bei acuten Formen. Das Mittel ist in Dosen von höchstens 8 Grm. pro die ungiftig; der Gebrauch von 1 bis 2·0 pro die während 4—6 Wochen stört weder die Verdauung, noch andere Functionen; nur tritt bisweilen zuletzt leichte Diarrhoe ein. Die Wirkung bei acuter Coryza tritt auf Gaben von 2 bis 4 Grm. nach etwa 2 Stunden ein. Am besten gibt man die Säure mit kohlensaurem Natron saturirt; 10·0 Acidi sulfanil. purissimi werden von 8·5 Natr. bicarb. in 200 Wasser neutralisirt und von dieser Lösung 40·0 bis 80·0 pro die verabreicht, am zweckmässigsten in einer oder zwei grossen Gaben. *Merck* in Darmstadt hat übrigens jetzt ein Natrium sulfanilicum neutrale dargestellt, welches sehr billig ist und nicht allzu unangenehm schmeckt. Wie das sulfanilsaure Natrium eigentlich wirkt, ist noch nicht sicher. Vielleicht handelt es sich, wie schon *Ehrlich* bei seinen Versuchen über Jodismus hervorgehoben hat, um die Zerstörung von schädlich wirkenden Nitriten, welche die Sulfanilsäure unter Bildung von Diazokörpern bindet. Im Nasenschleim bei acuter Coryza fand sich eine sehr deutliche Nitritreaction (Färbung mit



Metaphenylendiamin, welches mit Nitriten Bismarckbraun gibt), während im normalen Nasenschleim die Reaction meist fehlt. Im Larynx- und Pharynxauswurf beweist diese Schleimreaction wenig. da der verunreinigende Speichel fast immer auch im Normalzustand die Färbung gibt. Möglicherweise spielt bacilläre Nitritbildung im acuten Catarrh durch ihren die Schleimhaut verändernden und congestionirenden Einfluss eine wesentliche Rolle.

554. ***Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Malakins.*** *Von Dr. **O. v. Bauer**, aus der med. Klinik des Hofr. Drasche in Wien. (Wiener med. Blätter. 1894. 2.)*

Die Ergebnisse des Verf.'s bezüglich der Wirkung des oben genannten Mittels bestätigen im Wesentlichen die Erfahrungen, welche *Jaquet* mit demselben machte. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Malakin wirkt als Antirheumaticum, doch steht es entschieden an Sicherheit des Effectes dem Salicyl nach, hat dagegen den Vortheil, der unangenehmen Nebenerscheinungen (Ohrensausen, Brechreiz etc.), welche das letztgenannte Mittel sehr oft in Begleitung hat, zu entbehren. 2. Das Malakin kann zu den Antipyretica gezählt werden, deren mildestes es in der That genannt zu werden verdiente. Die Temperaturerniedrigung pflegt zwar im Allgemeinen nie so bedeutend zu sein, wie nach Darreichung von Antipyrin oder Phenacetin. Doch kann dies nicht als Nachtheil dieses Arzneimittels bezeichnet werden, weil es unseren gegenwärtigen Anschauungen über die Antipyrese keineswegs entspricht, die Temperatur eines Fiebernden bis auf die Norm zu erniedrigen, als vielmehr die hyperpyretischen Temperaturen auf ein gewisses Mass herabzudrücken. Hierdurch schaffen wir den Patienten subjective Erleichterung und dieses muss wohl mit Recht als der Hauptzweck einer Fieberbehandlung bezeichnet werden. Namentlich gegen das Fieber der Phthisiker dürfte sich die Verordnung des Malakins empfehlen, da die herabgekommenen und marastischen Tuberculotiker bekanntermassen gegen die stark wirkenden Antipyretica oft mit schweren Collapserscheinungen reagiren. 3. Am wenigsten empfehlenswerth ist das Malakin als Anodynum, indem die stärker wirkenden Arzneistoffe gleicher Art (Antipyrin, Phenacetin etc.) jedenfalls den Vorzug verdienen.

555. ***Ueber die äussere Anwendung von Guajakol bei fieberhaften Erkrankungen.*** *Von Stabsarzt Dr. **Stolzenburg**. Aus der Klinik des Prof. Senator in Berlin. (Berliner klin. Wochenschrift. 1894. 5. — Therap. Monatsh. 1894. Mai.)*

Vor Kurzem hat *Sciolla* bei den verschiedensten fieberhaften Affectionen Guajakol in Dosen von 2—10 Ccm. auf die äussere Haut an beliebiger Stelle gepinselt, luftdicht mit einem Verband abgeschlossen und gefunden, dass im Laufe von 3 bis 4 Stunden die Körpertemperatur unter reichlichem Schweiss und gutem Allgemeinbefinden um mehrere Grade herunter geht, sodann nach 6—8 Stunden oft unter Schüttelfrost rapide wieder ansteigt. Das Mittel wird durch Athmung und durch den Harn wieder ausgeschieden, ein Vorgang, der nach circa 5—6 Stunden beendet ist, ohne dass weder die Haut, auf die es gepinselt ist, noch die Nieren schädlich beeinflusst werden. So hat *Sciolla* das Guajakol als ein prompt wirkendes und unschädliches Fiebermittel empfohlen.



Diese höchst merkwürdige Wirkung des Guajakols, die um so auffälliger ist. als die Aufnahme in den Körper mittelst der Haut erfolgen soll, hat Verf. nachgeprüft. Zunächst hat er diese letztere Thatsache selbst vollauf bestätigen können, umsomehr, als durch Einathmung mittelst der *Curschmann*'schen Maske keine Wirkung erfolgte. Im Uebrigen wurde das Mittel grösstentheils bei Phthisikern angewendet, bei denen die verschiedenen innerlichen Fiebermittel schon lange erfolglos angewendet worden waren, ferner in einer Anzahl von Fällen von puerperaler Sepsis und in einigen Fällen von acuten Infectionen. Er kam dabei zu folgenden Resultaten: 1. Das Guajakol, auf die äussere Haut eingepinselt, wirkt in prompter und energischer Weise temperaturerniedrigend. 2. Die Anfangsdosis soll bei Erwachsenen 2 Ccm. nicht überschreiten. Wird es gut vertragen und ein geeigneter Temperaturabfall durch 2 Ccm. noch nicht erreicht so kann man mit der Dosis steigen, wird es jedoch kaum jemals nöthig haben, die Dosis von 4 Ccm. zu überschreiten. 3. Ein schädlicher Einfluss mittlerer Dosen (bis zu 4 Ccm.) auf innere Organe, Herz, Nieren etc. ist nicht beobachtet worden. Bei grösseren Gaben kann es besonders bei schwächlichen Individuen zu Collapserscheinungen kommen. 4. Die den Abfall der Temperatur begleitenden Erscheinungen (starker Schweiss) und das meist unter Schüttelfrost sich wieder einstellende Fieber wirkt bei öfterer Wiederholung so schwächend auf die Kranken ein. dass das Guajakol als Fiebermittel zu längerem und anhaltendem Gebrauche nicht zu empfehlen ist. 5. Ein Einfluss auf den Gesammtverlauf irgend einer Krankheit hat sich durch die bisherigen Beobachtungen nicht feststellen lassen.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

556. ***Schwere Intoxication durch Injection von Campher.*** *Von Calot, Berck-sur-Mer. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XIX.)*

557. ***Notiz über 2 Fälle von Naphtholintoxication durch Campher.*** *Von Ménard, Berck-sur-Mer. (Ibidem. Centralbl. f. chir. 1894. 11.)*

Beide Autoren beobachteten nach der Injection freilich grösserer Mengen von Camphernaphthol in Abscesshöhlen das Auftreten schwerster Vergiftungserscheinungen, sich äussernd in beängstigender Kleinheit des Pulses, Bewusstseinsverlust, stundenlang anhaltenden epileptiformen Krämpfen. *Calot* sah eine solche Vergiftung eintreten bei einem 31jährigen Manne nach Injection von 20—25 Grm. Camphernaphthol in einen Senkungsabscess bei Coxitis, *Ménard* nach Einspritzung von 50 Grm. in eine vorher entleerte Abscesshöhle bei Coxitis eines achtjährigen Kindes und nach Application von 20 Grm. in einen Beckenabscess in Folge Spondylitis bei einem 12jährigen Knaben. — In den beiden ersten Fällen gelang es, durch rasche Spaltung und Auswaschen der Abscesshöhle die Kranken zu retten; im dritten erfolgte der Tod innerhalb zwei Stunden nach der Injection. *Gérard-Marchand* und



Monod sahen geringe Vergiftungssymptome selbst bei Injection kleiner Mengen von Camphernaphthol in Lymphdrüsengeschwülste.

558. ***Die Behandlung der Tuberculose durch Zimmtsäure.*** *Von Prof. A. Landerer. (Therap. Monatsh. 1894. Februar. — Der prakt. Arzt. 1894. 4.)*

Unter 33 Fällen chronischer Lungentuberculose mit reichlichem Bacillengehalt, mässiger abendlicher Temperatursteigerung, aber nicht nachweisbaren Cavernen, welche mit Zimmtsäureinjectionen behandelt wurden, waren nur zwei Todesfälle (1—1½ Jahre nach der Behandlung) zu verzeichnen. Die übrigen blieben geheilt, der längste 3 Jahre, der kürzeste bisher 6 Wochen; Erkrankungen mit Cavernen ohne wesentliche Temperatursteigerung zeigten dauernde Besserung mit wechselndem Bacillengehalt. Von 22 Patienten starben 2, über 6 fehlen sichere Nachrichten. Aussichtslos ist die Behandlung, wenn es sich um grosse Cavernen mit hohem continuirlichem Fieber und um acute Phthise (galoppirende Schwindsucht) handelt. Bei ersteren lässt sich wohl subjective Erleichterung, Hebung des Appetits, Verlängerung der Krankheit erzielen: Von 8 Kranken starben 6, gebessert schienen 2. Bei letzteren setzt eine Verschlechterung, die zum Tode führt, nach anscheinender Besserung stürmisch ein. Die äusseren Verhältnisse, keimarme Luft, gute Pflege etc. sind von besonderer Bedeutung. Von 15 starben 8, bei 4 war die Prognose unentschieden, aber wohl ungünstig, dreimal wurde Heilung erreicht seit dreiviertel, respective 2 Jahren. Bei innerer Tuberculose trat unter 6 Fällen fünfmal Heilung, einmal wesentliche Besserung ein. Die Erfolge bei chirurgischer Tuberculose waren in 147 Fällen sehr günstig: nur 3 Todesfälle (gleichzeitiger acuter Lungentuberculose, acute Nephritis und Scharlach). Verf. zieht die Zimmtsäure dem Jodoform vor: ausnahmsweise Schmerzen und Temperatursteigerungen. Combination mit Allgemeinbehandlung durch intravenöse und glutäale Injectionen.

559. ***Ueber subcutane Injectionen der Fowler'schen Arseniklösung.*** *Von Dr. P. M. Popoff, Assistent der Klinik des Prof. P. A. Sacharjin in Moskau. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 2.)*

Die Anwendung des Arseniks in Form von subcutanen Injectionen hat bisher in der Therapie bei weitem nicht die Verbreitung gefunden, welche sie verdient. Abgesehen davon, dass diese Methode eine genauere Dosirung, sowie eine raschere und energischere Wirkung des Mittels ermöglicht, bietet sie den Vortheil, das Arsenik dem Organismus einzuverleiben, ohne die Schleimhaut des gegen Arsen empfindlichen Magens und Darmes zu reizen, auch kann eine gleichzeitige Behandlung anderer, neben der Krankheit, gegen welche das Arsenik nothwendig ist, bestehender Leiden, welche die innerliche Anwendung des Arseniks contraindiciren, durchgeführt werden. So kann man bei Malaria, wenn gleichzeitig z. B. ein Magencatarrh vorhanden ist, die Arsenikinjectionen mit dem Gebrauch von Mineralwässern combiniren. Was die Unbequemlichkeiten der Methode anbetrifft, so sind solche bei der Spitalbehandlung nach Verf. entschieden nicht vorhanden, denn wenn auch der Schmerz beim Einstich als eine Unbequemlichkeit gelten muss, so ist er, wenn man bei der Einspritzung das Verfahren des Verf.'s befolgt, ein



ganz geringer, so dass er oft gar nicht verspürt wird. Dieses Verfahren besteht darin, dass Verf. unverdünnte *Fowler*'sche Lösung injicirt und Liqu. arsenicalis Fowleri sini spiritu angelicae compositae verschreibt. Der Zusatz von Spiritus ist nicht nur überflüssig, sondern geradezu störend, da der Spiritus beim Einstich Schmerz bewirkt. Auf die Reinheit des Präparates in bacterieller Hinsicht übt das Fehlen des Spiritus keinen Einfluss. Bei den Injectionen bedient Verf. sich der Asbestspritze, deren Vorzüge darin bestehen, dass der Kolben (aus Asbest) nicht wie der gewöhnlicher Spritzen mit Oel durchtränkt ist und daher die Spritze selbst nicht verunreinigt wird; sodann kann die Asbestspritze, wenn es nothwendig ist, auch sterilisirt werden. Die Nadeln müssen möglichst scharf sein; zu mehr als zwei Einstichen darf eine Nadel nicht verwendet werden; darnach muss man sie entweder schleifen lassen oder durch eine neue ersetzen. Die Spritze und Nadel werden jedesmal vor der Einspritzung mit 2%iger Borsäurelösung gewaschen und die Nadel in dieser Lösung liegen gelassen. Nach beendeter Injection wird die Einstichstelle mit einem Stück in Carbolsäurelösung getränkter hydrophiler Watte bedeckt; dies schützt nicht allein die Wunde vor einer möglichen Verunreinigung, sondern reducirt auch in Folge der anästhesirenden Wirkung der Carbolsäure den Schmerz auf ein Minimum.

560. ***Ueber die Behandlung der chronischen Bronchitis bei Kindern.*** *Von* **Le Gendre.** *(Revue d'obstetr. et de ped. 1893. 10. — Der Kinderarzt. 1894.)*

Findet man bei der Untersuchung des Kindes eine chronische Rhinitis oder einen chronischen Rachencatarrh oder adenoide Vegetation im Nasenrachenraum, welche dadurch, dass das Kind wegen der Undurchgängigkeit der Nase gezwungen ist, durch den Mund zu athmen, leicht eine chronische Bronchitis erzeugen, so muss man die Durchgängigkeit der Nase wieder herstellen durch Ausspülen mit gesättigtem Borwasser und Cauterisation mit dem Galvanocauter, den Rachencatarrh durch Jodpinselung bekämpfen und die Vegetation entfernen. Die Bronchitis kann auch hervorgerufen oder unterhalten werden durch eine chronische Affection der Lunge, der Pleura oder des Mediastinums. Man muss dann die Behandlung gegen diese primären Affectionen richten, gegen die chronische Pleuritis, Sclerose der Lunge, Emphysem nach Bronchopneumonie und Asthma. Durch das Fortbestehen eines infectiösen Agens in den dilatirten Bronchien findet die periodische Wiederkehr der Bronchitis bei Kindern, die an Brochiectasie in Folge eines langdauernden Keuchhustens oder an einer langdauernden Bronchopneumonie gelitten haben. ihre Erklärung. Deshalb unterwerfe man den Kranken in dem Intervall zwischen den Anfällen an Bronchitis einer möglichst gründlichen Antisepsis durch Inhalation von comprimirtem, mit Eucalyptol oder Guajakol gesättigtem Dampf. Findet man eine angeborene oder erworbene Herzkrankheit, die entweder durch wiederholte Anschoppung oder durch venöse Stase eine habituelle Hyperämie der Bronchialschleimhaut bewirkt, so muss man vor allen Dingen die Contractionen des Herzens unterstützen und eine Entlastung der Circulation bewirken, im ersten Fall durch Herztonica, im zweiten durch Purgantien und Diuretica. Die Bronchitis



der Kyphotischen muss wie die der Herzkranken behandelt werden. Wenn die Untersuchung des Urins Albuminurie ergibt, so ist diese die Folge von Circulationsstörungen (Lungenödem) und vielleicht einer Ausscheidung der Bronchialschleimhaut, von welcher das normale Gewebe der Niere gestört wird. Diese Bronchitiden mit Albuminurie werden mit Milchregime und Drasticis behandelt. Die häufigste Prädisposition für Bronchialcatarrh, mit der Tendenz chronisch zu werden, ist die arthristische und lymphatische (scrophulöse) Diathese. Bei den Neuro-Arthritikern muss man die Hygiene der Arthritiker einführen, ihre Hautcirculation durch trockene oder mit Alkohol oder Terpentin gemachte Abreibungen regeln und durch Alkalien und eine bestimmte Ernährungsweise so viel als möglich die Verdauung bessern. Bei den Lymphatikern, welche später oft Arthritiker werden, wende man in erster Linie Jod und Tannin an und erhöhe die Ernährung durch dieselben Mittel wie bei den Arthritikern (Abreibungen). Die Untersuchung der Lebensweise des Kindes gestattet Irrthümer zu verbessern in der Wahl der Kleidung (es ist nöthig, Flanell auf der Haut zu tragen), der Zeit, wo die Kinder hinauskommen und ihrer Spiele. Nachdem Alles dieses vom Gesichtspunkt der Prophylaxe aus betrachtet ist, müssen die medicamentösen Mittel berücksichtigt werden. Die Indicationen für die Behandlung der chronischen Bronchitis sind wie bei jeder Bronchitis von dreifacher Art: 1. Man muss eine Veränderung der Natur und der Quantität der Secretion erstreben. Das zähe Secret muss man flüssiger machen und desinficiren, was am besten geschieht durch Balsamica, die in verschieden hohem Grad antiseptisch sind: Acid. benzoicum und Benzoes, Terpentin und seine Derivate Terpin und Terpinol, Copaiva, Cubeben. Wirkliche Antiseptica sind Eucalyptus und besonders Creosot und seine Derivate, Theer. Die Balsamica vermindern auch die Quantität des Secrets. 3. Man muss die Herausbeförderung des Auswurfs erleichtern durch Expectorantien. 3. Man muss den Husten in Bezug auf Anstrengung und Häufigkeit in gewissen Grenzen halten durch Opiate und Belladonna. Die übrigen Indicationen bestehen in mässigen, aber häufigen Ableitungen auf den Thorax, in Aufrechterhaltung einer guten Contractionsfähigkeit des Herzens und der Gefässe und Bronchien (Ergotin, Digitalis) und in sorgfältiger Ueberwachung der Ernährung und Verdauung.

561. ***Die manuelle Reposition von Darminvaginationen durch Massage.*** *Von Dr. **Harder**, Blankonese. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 49. — Therap. Monatsh. 1894. März.)*

Verf. berichtet über 2 durch bimanuelle Massage geheilte Fälle von Darminvagination bei 2 Kindern von 7 Wochen und $1^3/_4$ Jahren. Die Massage wurde so vorgenommen, dass der in den After tief eingeführte Finger der einen Hand das untere Ende (Intussuscipiens) fixirte, während die andere Hand vorsichtig Tractionen und Streichungen nach der entgegengesetzten Seite hin ausführte. Besonders erwähnenswerth ist, dass offenbar bei dem ersten Kinde (Brustkind), welches bereits im Alter von 14 Tagen erkrankt war (es war keine völlige Darmocclusion eingetreten), trotz 5 wöchentlichen Bestehens des Leidens keine Verwachsungen zwischen den Darmtheilen eingetreten waren. Ferner



zeigte es sich, dass man in diesem Lebensalter durch Einführung eines Fingers in den Mastdarm den ganzen beweglichen Inhalt der Bauchhöhle abtasten kann, wenn man diesen mit der anderen Hand entgegendrängt.

562. ***Die Anwendung der Intubation bei dem Keuchhusten.*** *Von Dr. Jul. Taub, Budapest. (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XXXVII. — Therap. Monatsh. 1894. März.)*

Die von *Herff* erkannte Thatsache, dass bei Keuchhusten die Regio interarytaenoidea, respective der zwischen der Rima glottidis liegende Theil derselben, am meisten afficirt und empfindlich ist, so dass dort gelegene Schleimmassen den Hustenreiz auslösen, brachte den Verf. auf den Gedanken, dass die Anfälle seltener werden, eventuell aufhören würden, wenn es gelänge, die Sensibilität dieser Schleimhautpartie herabzumindern oder ganz zum Schwinden zu bringen. Dieser Bedingung kann die Intubation gerecht werden. Verf. hat nun bei 2 im ersten Lebensjahre befindlichen Kindern, welche durch ungemein zahlreiche und heftig auftretende Anfälle soweit heruntergekommen waren, dass an ein Besserwerden kaum noch gedacht werden konnte, durch mehrmalige 4—6 Stunden lange Intubation augenblickliche und dauernde Besserung erzielt. Durch jedesmalige Intubation wurde ein Hustenanfall ausgelöst, dann aber traten dieselben fast gar nicht auf, solange die Tube lag. Ein gleichzeitig anders behandelter, gleich schwerer Fall endete letal. Da Verf. die an und für sich bei Keuchhusten bestehende Disposition zu Catarrhalpneumonie durch Intubation zu erhöhen fürchtet, so will er dieselbe nur in solchen Fällen ausgeführt wissen, wo überaus häufige und heftige Anfälle mit Asphyxie verbunden, das Leben der Kinder direct bedrohen (Indicatio vitalis); es wird sich also hier meist um Kinder im ersten Lebensjahre handeln.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

563. ***Die Complicationen des Puerperiums.*** *Von Llewellyn Eliot. (The Amer. Journ. of Obstetr. März-Heft. 1894, pag. 354.)*

Die Anschauungen über das therapeutische Eingreifen bei puerperalen Affectionen in Amerika sind von den unseren so himmelweit verschieden, dass es nicht uninteressant ist, sie kennen zu lernen. Bei Hämorrhagie des eben entbundenen Uterus ex atonia empfiehlt Verf. neben Heiss-, Kaltwasserinjectionen und Ergotin auch den elektrischen Strom, bedenkt aber nicht, dass die Kranke längst verblutet sein wird, bevor der Apparat herbeigeschafft und in Action gebracht ist. Bei Spätblutungen in Folge von Retention von Placentarresten oder Blutgerinnseln verwirft er die Darreichung von Ergotin, weil dieses den Uterus contrahirt und dadurch die Expulsion der Retenta umsoweniger möglich wird und ausserdem dadurch ein manuales Eingreifen verhindert wird. Er empfiehlt in derartigen Fällen die Cürette mit nachfolgender antiseptischer (Sublimat) Irrigation und hierauf das Einführen eines Jodoformgazestreifens. Bei Retentivplacenta empfiehlt er die Elimination



mit der Hand, nicht aber die Placentarzange, weil diese nicht die ganze Nachgeburt fassen kann. Bei Abortus dagegen entfernt er die Nachgeburt mit der genannten Zange. Die Adhäsion der Placenta wird dadurch bedingt, dass sich der leere Uterus faltet. Liegt nun die Placenta in einer solchen Falte, so kann sie sich nicht ablösen. Da muss man narcotisiren und die Placenta mit der Hand lösen und herausleiten. Gelingt dies nicht, so nehme man die scharfe Cürette und entferne mittelst ihrer die Placenta, doch sei man vorsichtig, um hierbei nicht den Uterus zu durchbohren. Blutet es danach stark, so gebe man Ergotin, lege Eisstücke in den Uterus ein oder führe die linke Hand in das Cavum uteri ein, balle die Hand zur Faust und massire gleichzeitig den Uterus mit der rechten Hand. Nach gelungener Blutstillung spüle man das Cavum uteri mit einer adstringirenden Flüssigkeit, am besten mit Essig aus oder wende die Elektricität an Ist intra partum eine Laceration der Cervix (der Verf. eine grosse Bedeutung beimisst) entstanden, so ist es besser, sofort die Naht anzulegen, als erst 2—3 Monate später zu operiren, wo man dann wieder von Neuem anfrischen muss, gerade so, wie man auch den zerrissenen Damm sofort post partum vernäht und nicht erst später eine Dammplastik vornimmt. Das Gleiche hat man zu thun, wenn in Folge der Geburt die Urethra oder die Blase verletzt wurde. Bei Mastitis wende man extern Belladonna, Kampher, Terpentin u. dergl. m. und lege Bandagen an. Bezüglich der puerperalen Infection meint Verf., dass die Prophylaxis das Wichtigste sei. Auf welchem Wege sie zu Stande komme, sei völlig gleichgiltig. Beruhe die Erkrankung auf einem Zurückgebliebensein von Eihautfetzen im Uterus, so nehme man die Cürette und hierauf spüle man den Uterus aus und drainire mit Jodoformgaze. Hierauf gebe man Antipyretica. Ein früheres Darreichen derselben ist zwecklos. Ist die Peritonealhöhle ergriffen worden und kam es in derselben zur Eiterbildung, so nehme man die Laparotomie vor, entferne die eiterhältigen Tuben und Ovarien und spüle die Abdominalhöhle aus. Man beugt dadurch späteren Adnexoperationen, die hintendrein doch nöthig werden, vor. Alle Fälle von Erkrankung der Peritonealhöhle erheischen jedoch nicht die Laparotomie. Nach dem Mitgetheilten ist zu entnehmen, dass Ref. wohl im Rechte ist, wenn er meint, dass die Anschauungen über das therapeutische Eingreifen bei puerperalen Erkrankungen in Amerika ganz andere seien als bei uns. *Kleinwächter.*

564. ***Ueber penetrirende Verletzungen des Bauches.*** *Von Dr.* ***Karczewski.*** *(Przeglad chirurgiczny. Bd. 2. I. — Centralbl. f. Chir. 1894. 4.)*

Auf einer Anzahl von 8 Fällen fussend, bespricht der Verf. mit Zuhilfenahme der einschlägigen Literatur die Chancen chirurgischer Eingriffe bei penetrirenden Bauchverletzungen. Bemerkenswerth ist aus den mitgetheilten Fällen derjenige, in welchem Heilung erzielt wurde, trotzdem erst 7 Stunden nach geschehener Verletzung Laparotomie ausgeführt und die Darmwunden genäht wurden. Die Schlüsse, die Verf. aus seinen Erfahrungen zieht, sind die folgenden: Bei Wunden, welche durch ein scharfes Instrument beigebracht wurden, soweit nicht anderweitig eine



dringende Indication vorliegt, kann der Arzt, namentlich wenn die äusseren Umstände keine genügende Gewähr für die aseptische Durchführung der Laparotomie bieten, mit Recht sich desselben enthalten und eine spontane Heilung gewärtigen. Bei Schussverletzungen, namentlich wenn seit der Verletzung nicht mehr als 4 Stunden verstrichen sind, ist die Laparotomie unter günstigen äusseren Verhältnissen vollständig gerechtfertigt, selbst bei Mangel jedweden evidenten Zeichens einer Verletzung eines Eingeweides. Penetrirenden Bauchverletzungen folgen manchmal, u. zw. ganz unabhängig von der Art der Verwundung, auf dem Fusse Symptome, welche ein actives Eingreifen unbedingt erheischen. Ein günstiges Resultat ist aber hier nur bei entsprechenden äusseren Verhältnissen zu erwarten. Die Erfolge der bei vorhandener Peritonitis ausgeführten Laparotomie sind im allgemeinen ungünstig. Ein operativer Eingriff kann jedoch berechtigt sein, wenn der Kräftezustand des Patienten zur Erhoffung eines glücklichen Resultates berechtigt. Die ungünstigen Verhältnisse der Kriegschirurgie sprechen gegen ein operatives Eingreifen bei penetrirenden Bauchverletzungen im Felde. Allerdings unterliegt es aber auch keinem Zweifel, dass das exspectative Verhalten in diesem Falle keineswegs zu günstigeren Resultaten führen kann.

565. ***Zur Frage von der Cocainanalgesie.*** *Von Doctor **Ali Krogius**, Docent der Chirurgie an der Universität Helsingfors. — Centralbl. f. Chir. 1894. 11.)*

In den letzten Jahren ist das Cocain als locales Anästheticum bei chirurgischen Eingriffen immer mehr und mehr zur Anwendung gekommen. Vor Kurzem hat *Paul Reclus* in Paris in 3 Artikeln in der Semaine médicale seine reichen Erfahrungen über die Cocainanalgesie dargelegt. Er analysirt die in der Literatur verzeichneten 17 Todesfälle durch Cocain und beweist, dass in den Fällen, wo der tödtliche Ausgang wirklich dem Mittel zuzuschreiben ist, ganz ungemein grosse Dosen (bis 1·5 Grm.) zur Anwendung kamen. In schwachen Lösungen (1 bis 2%) und in mässiger Menge (0·06 bis 0·15 Grm.) angewandt, ist das Mittel nach den Erfahrungen *Reclus*' ganz ungefährlich. Er hat selbst die Cocainanalgesie schon in etwa 2250 Fällen mit Vortheil benutzt, und unter diesen Fällen finden sich Laparotomien und Radicaloperationen bei Hernien. Die Methode der Application des Cocains von *Reclus* besteht darin, dass die Theile, welche durchschnitten werden sollen, successiv von der Oberfläche nach der Tiefe zu mit einer 1- bis 2%igen Cocainlösung durchtränkt werden. Um die Haut zu analgesiren, führt man die Canüle der *Pravaz*'schen Spritze in ihrer ganzen Länge unter die Haut — und zwar in die Dermis selbst, nicht in das subcutane Gewebe — und spritzt während des Einstechens die Cocainlösung in den Stichcanal. Nachdem die Haut genau in derselben Linie wie der Einstich durchschnitten worden ist, analgesirt man, vor dem Durchtrennen, in ganz analoger Weise die tieferen Gewebe. Diese rein locale Analgesie tritt beinahe augenblicklich ein, so dass die Operation durch die Application des Cocains nicht erheblich verlängert wird. Ohne im Geringsten die grossen Vortheile und die vielseitige Anwendbarkeit der von *Reclus* angegebenen Methode zu unterschätzen, möchte Verfasser

der von ihm seit etwa einem Jahre an der chirurgischen Poliklinik zu Helsingfors angewandten Methode das Wort reden. Verf.'s Methode ist auf die Thatsache basirt, dass, wenn man die Cocainlösung nicht in die Dermis, sondern in das subcutane Gewebe — und zwar in die Nähe eines Nervenstammes — injicirt, nach einiger Zeit in dem peripheren Bezirke des Nerven eine analgische Zone von oft erheblicher Ausbreitung entsteht. In manchen Fällen erhält man sicherere und ausgiebigere Resultate, wenn man die Injection nicht nur an einem Punkte macht, sondern die Nadel, senkrecht zur Längsachse des Gliedes, in ihrer ganzen Länge in das subcutane Gewebe einsticht und während des Herausziehens (oder Einstechens) die Injection längs dem Stichcanale macht. Man kann in dieser Weise sicherer den gewünschten Nerven treffen und dazu mit derselben Injection mehrere Nervenäste zu gleicher Zeit afficiren. Wenn man z. B. eine Operation an einem Finger schmerzlos vornehmen will, spritzt man die Cocainlösung an der Wurzel des Fingers in die Nähe der 4 zu demselben verlaufenden Nerven ein (an der Volarseite kann man auch die beiden Nerven durch eine einzige lineäre Injection treffen). Für diesen Zweck genügt 1 bis 1·5 Ccm. einer 2%igen Cocainlösung. Man erhält so, nach etwa 10 Minuten, eine vollständige Analgesie des ganzen Fingers bis zur Kuppe, und die Analgesie betrifft nicht nur die Haut, sondern auch die tieferen Gewebe: Sehnen, Periost etc. Die Vortheile dieser Applicationsweise liegen offen zu Tage. Nach der in oben beschriebener Weise gemachten Injection an der Basis des Fingers (respective der Zehe) kann man ohne den geringsten Schmerz für den Patienten Phalangen amputiren und exarticuliren, eingewachsene Nägel ausschneiden etc. Wenn man eine Exarticulation in dem Metarcapo-Phalangeal-Gelenke machen will, muss man die Cocaininjection höher oben in die Hohlhand so wie an der Dorsalseite der Hand vornehmen. Wenn man 2 oder 3 Spritzen voll nach einander quer über die Hohlhand injicirt, bekommt man eine Analgesie der ganzen Palmarfläche der Hand unterhalb der Injectionslinie. In der Weise habe Verf. zweimal die Excision der Fascia palmaris wegen *Dupuytren*'scher Contractur schmerzlos ausgeführt. Eine Analgesie der ulnaren Seite der Hand, bis zur Basis des 4. und 5. Fingers, kann man auch dadurch zu Stande bringen, dass man die Injection über den Nervus ulnaris da macht, wo er durch die Furche am inneren Condylus des Humerus verläuft. Wird die Injection um den Penis herum gemacht, an dessen Wurzel, so wird die Vorhaut analgisch etc. An den Unterarmen und Unterschenkeln sind die Resultate schwieriger im Voraus zu bestimmen als z. B. an den Händen und Füssen. Dieser Satz gilt noch mehr für die Oberarme und Oberschenkel. Bei Operationen an dem Rumpfe hat sich die hier beschriebene Methode überhaupt kaum verwerthen lassen. Nach dem Vorgange *Reclus*' bedient sich Verf. nie stärkerer Lösungen des Cocainum muriaticum als der 2%igen, von der er höchstens 3 Ccm. auf einmal einspritzt. Die Patienten werden in horizontaler Lage operirt und müssen diese Lage noch wenigstens eine Viertelstunde nach der Operation beibehalten. Unter diesen Bedingungen hat er nie unangenehme Nachwirkungen des Cocains eintreten sehen. Die Methode, die er hier



nur kurz skizzirt, habe er in etwa 200 Fällen mit Vortheil bei kleinen chirurgischen Eingriffen benutzt. Die Vortheile „der peripheren Analgesie“ sind: 1. Die Injection braucht nicht in das zu operirende Gebiet gemacht zu werden, sondern wird an einer central gelegenen Stelle vorgenommen. 2. Man kann mit minimalen Cocaindosen eine ausgebreitete Analgesie zu Stande bringen. 3. An geeigneten Stellen werden durch eine einzige Injection nicht nur die Haut, sondern auch die tieferen Gewebe unempfindlich gemacht.

566. ***Reposition von Hernien durch fortgesetzten Husten.*** *Von G. Wherry. (Lancet. 1894. Januar 27. — Centralbl. f. Chir. 1894. 16.)*

Wenn das empfohlene Mittel, eingeklemmte Brüche zu reponiren, eben so wirksam ist, wie es originell erscheint, so wird es bald eine ausgedehnte Anwendung finden. Auf Grund einer grossen Zahl von Erfolgen empfiehlt Verf., die Patienten während der ganz leichten und für sich wenig ausgebenden Taxismanipulationen unausgesetzt husten zu lassen. Er reponirte dadurch sogar einen Schenkelbruch — unter 10—15 Minuten langem Husten —, bei dem von 2 Aerzten die Taxis in Narcose vergeblich angewandt war. Das wirksame Moment scheinen die abwechselnden Contractionen und Relaxationen der Umrandungen der Bruchöffnung zu sein, von denen man sich durch Einführen eines Fingers, während gehustet wird, überzeugen kann.

Laryngologie und Otiatrik.

567. ***Ein ödematöses Fibrom von der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand ausgehend.*** *Von Dr. L. Réthi, Wien. (Wiener med. Presse. 1894. 18.)*

Es handelt sich hier um eine gelappten, traubenbeerförmigen, glatten Tumor, ähnlich einem Schleimpolypen der Nase, von weicher Consistenz. Am wichtigsten war der Sitz der Geschwulst, welche von der vorderen Fläche der Interarytaenoidalschleimhaut in der Mitte, unmittelbar über dem Niveau der Glottis ausging und, was äusserst selten an dieser Stelle vorkommt und von sehr erfahrenen Forschern ganz geleugnet wird, eine gutartige Neubildung, ein ödematöses Fibrom war, wie die von Professor *Kolisko* nach der durch Verf. mit bestem Erfolge vorgenommenen Exstirpation angestellte mikroskopische Untersuchung ergab. — Nach *Schrötter* gehören gutartige Neubildungen an dieser Stelle (an der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand), von Papillomen abgesehen, zu den allergrössten Seltenheiten; dasselbe sagt *Gottstein*, *Störk* sah noch nie ein Papillom zwischen oder an beiden Giessbeckenknorpeln, ebenso leugnet *Semon* diese Stelle als Sitz gutartiger Neubildungen, bis jetzt sind von gutartigen Neubildungen nur zwei Papillome und eine Cyste an dieser Stelle ausser dem besprochenen Fibrom beobachtet worden. *Hausmann*, Meran.



568. ***Zur Behandlung der Stomatitis.*** *Von Dr. **Boennecken.** (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 8. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 7.)*

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Stomatitis die Anwendung einer 2%igen Lösung von Wasserstoffsuperoxyd. In dieser Verdünnung besitzt die Lösung noch bedeutende antiseptische Eigenschaften, ohne die entzündete Mundschleimhaut im Geringsten zu reizen. Bringt man Wasserstoffsuperoxyd in Berührung mit der entzündeten Schleimhaut, so wird letztere augenblicklich mit einer Schicht von Sauerstoffbläschen bedeckt. Dieser nascirende Sauerstoff besitzt ausgesprochene antiseptische Eigenschaften; sobald aber das $H_2 O_2$-Molecül zersetzt ist, hört die Wirkung auf, so dass die tiefer liegenden Schichten nicht angegriffen werden. Lässt man bei bestehender Stomatitis die Mundhöhle einige Minuten mit 2%iger Lösung von $H_2 O_2$ ausspülen, so verschwindet augenblicklich der penetrante Geruch, und nach 24stündiger Anwendung des Mittels hat sich schon der schmierige Belag des Zahnfleisches abgestossen. Nach 5—6 Tagen können selbst schwere Stomatitiden durch diese Behandlung zur Heilung gebracht werden.

569. ***Ueber Mundwässer.*** *Von Dr. **R. Seiffert.** (Journ. f. Zahnhk. 1894. 29 u. 30.)*

Welches Mundwasser ist als das beste zu empfehlen? Bei der Unzahl der vorhandenen und immer noch neu auftauchenden Mundwässer ist diese Frage recht schwierig zu beantworten. Verf. stellt 6 Anforderungen auf, welche ein tadelloses Mundwasser alle zusammen erfüllen muss. Diese Anforderungen sind: Das Mundwasser muss selbstverständlich absolut unschädlich sein, es muss deshalb 1. ungiftig sein, 2. neutral, also weder sauer, noch alkalisch; denn Alkalien greifen den organischen Theil des Zahnes, den Knorpel, an, sowie Säuren den anorganischen Theil, den kohlensauren Kalk etc., angreifen. 3. Es darf nicht ätzend, sondern muss indifferent sein, selbst gegen empfindliche Schleimhäute. 4. Es muss frei sein von eklem widerlichen Geschmack. 5. Das Mundwasser soll aber nicht blos unschädlich, sondern ebenso selbstverständlich muss es auch wirksam sein und deshalb 5. desodorirend und erfrischend wirken, und 6. antiseptisch. Eine Anzahl der gebräuchlichsten Mundwässer ist nun auf diese Anforderungen hin geprüft worden. Es hat sich dabei ergeben, dass die Mundwässer in zwei grosse Classen zerfallen: I. Mundwässer, welche wie Eau de Pierre, Eau de Botot und die grosse Anzahl ihrer von Parfumeuren hergestellten Nachahmungen nur als Parfumerien zu betrachten und allerdings unschädlich, aber auch so gut wie unwirksam sind; II. Mundwässer, welche stark antiseptisch, aber auch gleichzeitig schädlich sind. Dazu gehören alle diejenigen, welche Salicylsäure, Benzoësäure, Saccharin, Sublimat und ähnliche Zahnsubstanz auflösende Stoffe enthalten. Bisher hielt man es für richtig, den Mundwässern möglichst starke Antiseptica zuzusetzen (sogar Sublimat wurde empfohlen und angewandt), in der irrigen Voraussetzung, der Zweck des Mundspülens sei eine der Sterilisation der Mundhöhle möglichst nahe kommende antiseptische Wirkung. Aber ganz abgesehen davon, dass eine solche Sterilisation selbst mit den stärksten, schädlichsten Anti-

septicis höchstens für die Dauer weniger Minuten erreichbar wäre, ist der wahre Zweck des Mundreinigens mit antiseptischem Mundwasser überhaupt ein ganz anderer, nämlich der, die Mundhöhle zu desodoriren und Zähne und Zahnfleisch zu conserviren. Die Ursache des Mundgeruches und der Zahnverderbniss sind Gährungs- und Fäulnissvorgänge. Das Mundwasser erfüllt also seinen Zweck nicht etwa durch eine vorübergehende Sterilisation der Mundhöhle, sondern nur durch eine anhaltende Hemmung und Unterdrückung der Gährungs- und Fäulnissvorgänge im Munde. Zur Erfüllung des eigentlichen Zweckes der Mundwässer ist jedoch ein Antisepticum nöthig, dessen Wirkung zwar verhältnissmässig mild sein kann (denn Fäulniss- und Gährungsvorgänge werden schon durch mildere Antiseptica unterdrückt), aber vor Allem längere Zeit anhalten muss. Das ideale Mundwasser würde dasjenige sein, welches die Gährungs- und Fäulnissprocesse im Munde etwa 8 Stunden lang, nämlich von einer Mundreinigung bis zur nächsten, unterdrückt. Bei der vergleichenden Prüfung der bekannten Mundwässer hat sich nun die wichtige Thatsache ergeben, dass gerade die bisher als besonders wirksam geltenden Mundwässer, nämlich diejenigen, welche starke, schädliche Antiseptica enthalten (Salicyi-, Benzoësäure, Sublimat etc.), keine andauernde fäulnissverhindernde Wirkung im Munde entfalten, weil diese Antiseptica mit dem Ausspülen die Mundhöhle wieder verlassen. Alle Mundwässer wurden an anhaltender fäulnissvermindernder Wirkung beiweitem übertroffen durch die Odolemulsion (?), weil die in derselben schwimmenden Oeltröpfchen des Antisepticums sich in die Mundhöhle niederschlagen. Mit einem milden Antisepticum kann man bekanntlich durch längere Einwirkungsdauer denselben Effect erzielen, wie mit einem stärkeren Antisepticum in kürzerer Zeit. Da dieses Mundwasser auch die übrigen der 6 Anforderungen erfüllt, kann es wohl als das empfehlenswertheste der bisherigen prophylactischen Mittel für die Pflege der Mundhöhle und Zähne angesehen werden.

570. ***Ueber Rhinitis acuta bei Neugeborenen und Kindern.*** *Von Tissier. (Rev. mens. des Mal. de l'enf. Januar 1894. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 42.)*

Die anatomische Bildung der Nasengänge bei den Neugeborenen unterscheidet sich dadurch von der bei Erwachsenen, dass, während bei den Erwachsenen die Luft durch den unteren maxillaren Nasengang streicht, sie bei den Kindern durch den oberen ethmoidalen Gang geht, welcher später zum Riechen dient. Der untere Nasengang, der noch am Ende des ersten Jahres eine Spalte bildet, erweitert sich deutlich vom Ende des dritten Jahres an und erreicht im siebenten oder achten Jahre den Typus der Erwachsenen. Die Nase des Neugebornen dient nicht zum Riechen, sondern nur zur Athmung, und zwar mit Ausschluss des Mundes. Nicht allein während des Saugens, sondern immer, sogar wenn das Kind den Mund offen hält, athmet es allein durch die Nase. Der Verschluss der Nase bildet daher für die Respiration ein schweres Hinderniss, das Kind ist dann gezwungen, die Respiration durch den Mund zu lernen, was langwierig und schwer ist. Jede Art von Störung, die das Kind auf irgend eine Weise vollständig



verhindert, durch die Nase zu athmen, ist eine schwere, immer ernste und zuweilen tödtliche Störung. Verf. unterscheidet 4 Arten von Rhinitis: 1. die einfache acute Coryza; 2. die pseudomembranöse, wahrscheinlich durch Streptococcen verursachte Coryza; 3. die blennorrhagische purulente und 4. die syphilitische Coryza. Die Behandlung muss vor allen Dingen prophylactisch sein, ausser der Reinhaltung müssen alle schädlichen äusseren Einflüsse (Erkältungen) ferngehalten werden. Ist die Coryza einmal vorhanden, so muss die Behandlung zweierlei Ziele verfolgen: 1. die Durchgängigkeit der Nase wiederherstellen, und die nachtheiligen Folgen der Undurchgängigkeit lindern und 2. die Entzündung bekämpfen. Bei der einfachen acuten Rhinitis beschränkt sich Verf. auf Insufflation von Borsäure und Ausspülung der Nase mit Borwasser. Bei der purulenten Rhinitis spritzt er Borwasser, Salzwasser oder eine 0·5—1%ige Resorcinlösung ein. Bei der blennorrhoischen Rhinitis macht Verf. zweimal täglich Injectionen von Argent. nitr. 0·10 und Aq. dest. 20·0—30·0. Wenn die Krankheit zurückgeht und die Verstopfung der Nasengänge fortdauert, insufflirt Verf. folgendes Pulver:

Rp. *Acid. boric.* *12·0*
Benzoes *3·0*
Jodol (Jodoform) *1·0*
Bismuth. subnitr. *4·0.*

Zur Ernährung des Kindes muss man den Löffel zu Hilfe nehmen, und um die Trockenheit des Mundes zu verhindern, welche das Schlucken erschwert, wird die Schleimhaut des Mundes öfter mit Borwasser ausgewischt.

571. ***Ueber die Creosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen.*** *Von Prof. Dr.* ***Carl Stoerk****, Wien. (Arch. f. Laryng. Bd. I. Heft 2. — Monatschr. f. Ohrenhk. u. s. w. 1894. 4.)*

Wenn auch das Fiasco der *Koch*'schen Tuberculin-Therapie wehmüthig stimme, so sei doch nur von weiterer ruhiger Forschung auf dem durch sie eingeschlagenen Wege eine wirksame Bekämpfung der Tuberculose zu erhoffen. Falsch hingegen sei es, sich von empirisch ausgeklügelten Medicamenten einen Erfolg zu versprechen. Zu letzteren gehöre das Creosot, welches, wenn kritiklos angewandt, eher schade, als nütze. Ueber die Erfolge bei interner Verabreichung des Creosotes existiren die differentesten Berichte. Der Umstand, dass die nöthigen grossen Mengen, per es oder subcutan einverleibt, nicht vertragen wurden, führte zum Versuch mit Creosotclysmen. Von diesen sahen *Chroslowsky* und *Nistocky*, sowie *Révillet* günstige, *Popper* und *Ellmann* unzureichende Resultate, letztere Beide überdies Reizungserscheinungen im Darme. Inhalationen von Creosotdämpfen erzeugten bei Thieren entzündliche Zustände in den Lungen und anderen Parenchymen, sowie Miliarapoplexien im Gehirne. Somit erscheint es unmöglich, die zu einer bactericiden Wirksamkeit nöthigen Creosotmassen der Körperflüssigkeit beizumengen. Eine indirecte Heilwirkung, welche das Creosot dadurch entfalten soll, dass es als Stomachicum den Organismus durch erhöhte Nahrungsaufnahme resistenter macht, bestreitet Verf. entschieden. Gestützt auf eine enorme An-



zahl eigener Beobachtungen behauptet er, dass anhaltender Gebrauch hoher Creosotdosen den Appetit und dadurch die Nahrungszufuhr geradezu auf ein Minimum sinken lasse, abgesehen davon, dass die Kranken noch durch den üblen Geschmack im Munde, Ekel, Brechreiz und selbst Erbrechen herabkommen.

572. ***Entfernung von Fremdkörper aus dem Gehörgang.*** *Von Dr. **C. Ziem.** (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894, pag. 111.)*

Eine Frau hat sich wegen Zahnschmerzen eine gebrannte Kaffeebohne in den Gehörgang eingeführt. Es wurden einige Versuche gemacht, dieselbe mittelst eines Häkchens zu entfernen, wobei es etwas geblutet hatte. Verf. fand eine mässig starke Anschwellung der Wandung um die Bohne herum, machte einige Einspritzungen mittelst der Druckpumpe, ohne jedoch den Fremdkörper herauszubefördern. Es wurde nun einfach mehrere Nächte Oel eingegossen, für den Nothfall die Zerkleinerung mittelst des Cauters in Aussicht genommen: nach ein paar Tagen ist die Bohne von selbst herausgefallen. Offenbar ist hier durch das Oel die Schwellung vermindert, beziehungsweise beseitigt und der Weg schlüpfrig gemacht worden, so dass eine wohl nur sehr geringe Action der Musculatur des Tragus und Antitragus noch hinzuzukommen brauchte, um den Fremdkörper auszutreiben. Für Jeden, der die grosse Beweglichkeit wie der Ohrmuschel im Ganzen, so besonders auch des Tragus und Antitragus bei untertauchenden Säugethieren, bei Seehunden, Nilpferden und dergleichen jemals gesehen, wird die hier gegebene, auf physiologische Thatsachen sich stützende Erklärung um so ansprechender sein, als in analoger Weise, durch Contraction der Bronchialmusculatur, bekanntlich auch Fremdkörper aus einer Tracheotomie-Wunde öfters herausbefördert werden. Es ist nur zu bedauern, dass die Herrschaft der Mode, die Einwirkung enger Hüte auf die Oberohrgegend bei Männern, der Hutbänder auf die ganze Ohrgegend bei Frauen jene Musculatur im Allgemeinen so wenig zur Entwicklung kommen lässt. Das Eingiessen von Oel sollte in ähnlichen Fällen stets zuerst versucht werden, mit Lagerung des Betreffenden auf das den Fremdkörper bergende und mit einer Wattelage bedeckte Ohr.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

573. ***Ueber den Stickstoffgehalt der rothen Blutzellen des gesunden und kranken Menschen.*** *Von Prof. **R. v. Jaksch,** Prag. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIV. Heft 5/6. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 29.)*

Nachdem der Verf. erst jüngst nachgewiesen, dass die Menge des im Blute circulirenden Eiweisses unter pathologischen Verhältnissen sehr grossen Schwankungen unterworfen ist, berichtet er nunmehr über Untersuchungen, welche bestimmt waren zu ermitteln, wie weit die einzelnen Bestandtheile des Blutes an den Veränderungen des Gesammteiweissgehaltes betheiligt sind. Die im



Titel genannten Untersuchungen bezogen sich auf den Stickstoffgehalt der rothen Blutkörperchen. Die Versuche wurden in der Weise gemacht, dass das mittelst Schröpfköpfen entnommene Blut centrifugirt wurde und der dabei gewonnene dicke breiige Satz, welcher die rothen Blutkörperchen enthielt, dem *Kjeldahl*'schen Verfahren unterworfen. Da die Abtrennung des Plasma nicht stets eine ganz genaue sein kann, so ist der Zahlenwerth in dem gewonnenen Resultate kein absolut richtiger. An Gesunden hatte Verf. keine Gelegenheit, Versuche zu machen. Aber die normalen Verhältnisse werden durch die Untersuchungen an Nervenkranken dargestellt, bei denen nach den früheren Mittheilungen des Verf.'s keine wesentliche Veränderung des Gesammteiweisses des Blutes vorkommt. Bei solchen Kranken wurde der Stickstoffgehalt der rothen Blutkörperchen auf 5·52 Grm. in 100 Grm. Blutzellen = 34·5 Grm. Eiweiss bestimmt. Diese Zahl sieht Verf. als den normalen Durchschnittswerth an. Bei acuten Erkrankungen (Pneumonie, Typhus) scheint der Stickstoff-, respective Eiweissgehalt der rothen Blutzellen keine erhebliche Aenderung, jedenfalls nur eine geringe Vermehrung zu erfahren. Bei chronischen Erkrankungen (Herzfehler, Leberaffectionen, Nephritis, Diabetes) ist er auch nur wenig über die Norm erhöht: 5·56 Grm. Stickstoff. Von besonderem Werthe sind diese Untersuchungen für die Beurtheilung der Erkrankungen des Blutes. Hier handelt es sich um die Entscheidung der Frage, ob die bei den Bluterkrankungen vorhandene Verarmung des Blutes an Eiweiss ihren Grund nur in einer Verarmung des Blutes an rothen Blutzellen oder in einem Stickstoffmangel derselben in Folge chemischer Veränderungen hat. Verf. fand bei secundären Anämien eine sehr beträchtliche Verminderung des Stickstoffgehaltes. Also nicht nur das Gesammtblut, sondern auch die rothen Blutkörperchen verarmen an Eiweiss. In höheren Masse noch ist dies der Fall bei der Chlorose, ebenso bei der Leucämie, bei letzterer aber mehr parallel mit der Verarmung des Blutes an corpusculären Elementen, bei der perniciösen Anämie dagegen wird die rothe Blutzelle reicher an Stickstoff: 6·48 Grm. = 40·5 Grm. Eiweiss.

574. ***Systematische Bluntuntersuchungen bei Schwindsüchtigen und Krebskranken.*** *Von Dr.* ***Strauer.*** *Aus d. II. med. Klinik zu Berlin. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIV. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 6.)*

Verf. bestimmte bei seinen Patienten die Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen, Trockenrückstand des Vollblutes und des Serums, sowie das specifische Gewicht und fand bei Tuberculose in den Anfangsstadien (ohne Fieber und ohne Cavernen) entsprechend der Blässe der Haut. Herabsetzung der Zahl der Erythrocyten, demnach auch des Gesammt-Trockenrückstandes, des specifischen Gewichtes und des Serum-Trockenrückstandes. Bei Tuberculose in weiter vorgerücktem Stadium (mit Cavernen, ohne oder mit nur geringem Fieber, mit Abmagerung und starker Blässe) kommen die Werthe für die Zahl der rothen Blutkörperchen, für den Eiweissgehalt und das specifische Gewicht des Blutes denen bei gesunden Menschen ganz nahe. Eine Erklärung dieser Thatsache von anderer Seite wird in nächster Zeit in Aussicht gestellt. Bei (schwer) fiebernden Tuberculösen finden sich, entsprechend dem Grade des

Kräfteverfalls, alle Zeichen der Anämie bis zu deren schwersten Formen. Tuberculose mit Complicationen verhält sich wie Tuberculose allein; hat die Complication aber venöse Stase zur Folge (wie z. B. Kehlkopfstenose), so tritt Eindickung des Blutes auf. Bei Carcinomkranken ist die Verschlechterung der Blutzusammensetzung, die Verminderung aller Blutbestandtheile, mit dem Fortschreiten der Krankheit und mit Cachexie sehr ausgesprochen. Bei Carcinom fand sich Vermehrung der Leucocyten und in späten Stadien auch Poikilocytose.

575. ***Ueber die Function der Stirnlappen.*** *Von Prof. L. **Bianchi**, Vorstand der psychiatrischen Klinik in Neapel. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 13. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 37.)*

Die Experimente des Verf., welche an Hunden und Affen angestellt wurden, betreffen die präfrontalen Lappen. Als präfrontalen Lappen bezeichnet er den ganzen Theil, welcher nach vorn vor der Basis der Stirnwindung bleibt und elektrisch nicht im Geringsten reizbar ist. Die Resultate sind im Sinne von *Ferrier* und *Hitzig* ausgefallen, nach welchen die Stirnlappen nicht nebensächlich sind bei den höheren psychischen Processen, und stehen der Annahme von *Goltz* und *Munk* entgegen, wonach die Intelligenz zur anatomischen Grundlage ausschliesslich die Gefühls- und motorischen Zonen hat. Die Exstirpation der präfrontalen Lappen hatte keine Störung des Gefühls- oder Bewegungssinnes zur Folge, wohl aber Störungen der psychischen Functionen. Sie lassen sich folgendermassen zusammenfassen: 1. Aufregung Unruhe, ein fortwährendes zweckloses Hin- und Herlaufen mit nur kurzen und seltenen Pausen. 2. Mangel an Neugierde und an jenen Geberden, die den Affen eigenthümlich sind, sowie Gleichgiltigkeit für Alles, was geschieht. 3. Mangel an Zuneigung für die anderen Affen und Thiere, für welche einer der operirten Affen sonst lebhaftes Interesse, beinahe mütterliche Sorge hegte. 4. Herabminderung des Geschlechtstriebes. Ein Weibchen, welches sonst schamlos und beharrlich das Männchen und selbst Menschen attaquirte, besonders während der Menstruation, wurde sehr gleichgiltig, obgleich es die Menstruation regelmässig hatte. Das Männchen hat schwächere und weniger andauernde Erectionen, aber was am meisten auffällt, es bleibt gleichgiltiger in der Nähe des Weibchens, hat weniger Lebhaftigkeit und Feuer und Gewalt über das Weibchen. Wenn es einen Versuch zur Begattung wagt, zeigt es eine Unfähigkeit, die auf Imbecillität mit Schwäche vereint deutet. 5. Grössere Beweglichkeit und eine ausserordentliche Furcht vor Geräusch und dem Anblick anderer Thiere, z. B. eines Hundes, wenn es sich um einen Affen handelt, um den er sich sonst nicht kümmerte. Man wird grosse Mühe haben, einen Affen, der von einem solchen Furchtexcess ergriffen ist, zu beruhigen. Augenscheinlich ist hier die Furcht der Ausdruck eines Mangels an Kritik und einer gewissen psychischen Depression. 6. Mangel an Kritik und Ueberlegung. (Sie verwechseln und essen automatisch ein Stück Gyps, nur weil es ihnen näher liegt, als ein Stück Zucker, und verfallen wiederholt in denselben Irrthum. — Affen.) 7. Fressgierigkeit und Zusammenschleppen von Gegenständen ohne Unterscheidungsvermögen.



576. ***Ueber Magensaft und Darmfäulniss.*** *Von Doctor* ***Bruno Mester.*** *(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIV, Heft 5 u. 6. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 38.)*

Neuere Untersuchungen ergaben, dass der Magensaft eine energische antiseptische Wirkung hat und einen Theil der mit der Nahrung eingeführten Bacterien vernichtet. Um diese Thatsache auch durch das Experiment am Menschen zu erhärten, hat Verf. zuerst eine neue Versuchsanordnung gemacht. Je bacterienreicher nämlich der Speisebrei aus dem Magen in den Darm gelangt, desto grösser pflegt hier die Eiweissfäulniss zu sein. Die antiseptische Kraft des Magensaftes findet daher in der Stärke der Eiweissfäulniss einen getreuen Ausdruck. Die letztere lässt sich nach der Menge der im Harn zur Ausscheidung gelangenden Aetherschwefelsäuren nach der von *Baumann* angegebenen Methode graduell genau bestimmen. *Kast* hat nun auf diese Weise zuerst festgestellt, dass eine Ausschaltung der freien Salzsäure des Magensaftes eine Steigerung der Darmfäulniss zur Folge hat. Um dem Einwand zu begegnen, dass Störungen in der motorischen oder secretorischen Thätigkeit des Magens einen Einfluss ausgeübt hätten, bewirkte *Cahn* den Ausfall der freien Salzsäure im Magensaft dadurch, dass er durch Entziehung des Kochsalzes in der Nahrung die Thiere in den Zustand des Chlorhungers versetzte. Verf. hat es nun unternommen, das Verhalten der Darmfäulniss bei einem Hunde unter dem Einfluss der Chlorentziehung längere Zeit zu beobachten. Das Fleisch, das der Hund zur Nahrung erhielt, wurde chlorfrei gemacht. In dem Harn des Hundes wurden die Menge der Chloride, die Menge der präformirten und gepaarten Schwefelsäure, die Menge des Phenols und die Indoxylreaction bestimmt. Es zeigte sich nun zunächst, das trotz der Chlorverarmung des Organismus keine Steigerung der Darmfäulniss eintrat. Der Grund für diesen überraschenden Befund war darin zu suchen, dass die Nahrung des Hundes durch die Zubereitung fast bacterienfrei geworden war. Deshalb wurde das chlorfrei gemachte Fleisch nachträglich erst der Fäulniss ausgesetzt und dann verfüttert. Es zeigte sich jetzt eine erhebliche Zunahme der Darmfäulniss. Wenn nun die Salzsäureproduction des Magens wieder eingeschaltet wurde, d. h. das Thier Kochsalz verfüttert erhielt, so blieb jede Steigerung der Darmfäulniss aus, trotzdem massenhaft Fäulnisserreger mit der Nahrung eingeführt wurden. Ein Einfluss des faulenden Fleisches macht sich bei erhaltener Salzsäureproduction des Magens auf den Darm so gut wie gar nicht geltend.

577. ***Ein Fall von angeborenem, linksseitigem Zwerchfellsdefect mit Hindurchtritt des Magens, des grossen Netzes, eines Theiles des Colon und des Duodenum in die Pleurahöhle.*** *Von Dr.* ***Abel.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1894. 4 u. 5. — Centralbl. f. Chir. 1894. 19.)*

Es fand sich Gelegenheit, bei einer Zwerchfellhernie vom Bauch aus einzugreifen. Neben Anderem hatte sich der Magen vollkommen in die linke Brustseite unter Lungen- und Herzverdrängung hineingestülpt derart, dass er wie aufgeklappt lagerte. Dadurch entstand eine Torsion am Pförtner und an der Cardia. Der Versuch der Lösung vom Epigastrium scheiterte, so dass von



der Fortsetzung der Operation Abstand genommen werden musste. 3½ Stunden später Tod. — Die Verhältnisse wurden, obwohl die Diagnose richtig gestellt war, erst durch die Section ganz klar. Thoracotomie und Punction des Magens von der Pleurahöhle aus zur Verkleinerung wäre vielleicht der rettende Eingriff gewesen. Die Herzverdrängung ist in der Literatur mehrfach zu richtigem differentialdiagnostischen Merkmale erhoben (s. Centralbl. f. Chir. 1893, pag. 333). Verf. hebt hervor, dass die Herzlage von der Magenfüllung abhängt. Trotz perniciösem Zustande wird sie fehlen können, wenn Cardia oder Pförtner nicht abgeklemmt ist.

578. ***Aufruf zur Mittheilung von Wägungen und Messungen bei Kindern.*** *Von Dr. Biedert und Dr. Camerer. (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XXXVII. Heft 2.)*

Ausgehend von der Ueberzeugung, dass viele gute Aufzeichnungen über Gewichte und Masse von Säuglingen und älteren Kindern bei sorgsamen Aerzten und Eltern ohne weitere Verwerthung liegen, die, gesammelt, wichtige Aufschlüsse über normale und pathologische Entwicklung des Menschen geben könnten, beschloss die Gesellschaft für Kinderheilkunde in ihrer Sitzung auf der Naturforscherversammlung zu Nürnberg, eine öffentliche Bitte um Einsendung dieser Aufzeichnungen ergehen zu lassen. Zur Einsendung eignen sich alle mit Hilfe einer guten (Gewicht-, nicht Feder-) Wage gemachten Wägungen, sowie fortlaufende Längenmessungen. Erforderlich sind Bestimmungen des Nacktgewichtes, Angabe über die Ernährung: reine Mutter- (oder Ammen-) Milch, gemischte Ernährung, reine künstliche Ernährung mit Angabe des Tages des Beginnes einer jeden derselben, Name und Geburtsdatum des Kindes; endlich Angaben über Natur und Verlauf von in die Beobachtungsperiode fallenden Erkrankungen. Erwünscht: Angaben über den Zahndurchbruch. Das anderweitige Verfügungsrecht über die Einsendungen wird auf Wunsch den Herren Einsendern bleiben. Beobachtungen über im Ganzen normale Kinder beliebe man an Dr. *Camerer*, über vorwiegend und länger kranke Kinder an Dr. *Biedert* zu senden.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

579. ***Die Desinfection bei Masern.*** *Von Dr. Comby. (La méd. moderne. 1894. 6. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 33.)*

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass Masern nur selten einer dringenden Desinfection bedürfen. Der Keim der Krankheit besitzt nur eine sehr ephemere Vitalität, daher ist er nur in den ersten Tagen des Leidens übertragbar, und zwar durch directen Contact oder auf eine geringe Entfernung. Wenn die Krankheit in das Stadium der Heilung tritt, ist der Keim sicher todt. Dann ist also eine Desinfection der von Masernkranken besuchten Orte und benutzten Gegenstände überflüssig. Dagegen ist, wenn die Masern mit Bronchopneumonie complicirt sind, die Desinfection nöthig, nicht die Masern, sondern die so gefährliche Complication verlangt dies. Die Desinfection der Genitalien und Analpartie, die der Nasenhöhle, des



Mundes und Rachens hat in allen Fällen einen prophylactischen Werth, da sie vor Secundärinfectionen schützt, und ist daher stets bei der Behandlung der Masern vorzunehmen. Die Desinfection des Zimmers, Bettes etc. bei an Bronchopneumonie gestorbenen Masernkranken muss eine ganz peinliche sein, besonders im Krankenhaus, denn es ist sicher, dass die Bronchopneumonie contagiös ist, der Streptococcus derselben ist übertragbar, besonders wenn seine Virulenz durch seinen vielfachen Durchgang durch Masernkranke verzehnfacht ist. Dass die letztere Behauptung von der Vervielfältigung der Virulenz richtig ist, lehrt die Mortalität bei Masern im Pariser Kinderhospital. Die Mortalität schwankte von 1876 bis 1885 zwischen 27% und 38% und stieg auf 40—48%, als die Isolirung derart stattfand, dass alle Kinder in einem Saale lagen. Die Mortalität der Kinder von 12—15 Jahren, die von 1867 bis 1871 im Krankenhause für Findel- und Waisenkinder 42% übertraf, in dem die Kinder insgesammt in einem Saale isolirt waren, ist zu vergleichen mit der Mortalität im Krankenhause Sainte-Eugénie, wo diese 20% betrug und die Masernkranken in den verschiedenen Sälen verstreut lagen. Aber keine Massenisolirung, denn nicht die Masernepidemie ist zu fürchten, sondern die Epidemie der Bronchopneumonie im überfüllten Isolirraum. In einfachen Masernfällen ist, wie erwähnt, die Desinfection der Gegenstände unnöthig, ebenso die der Personen. Wohl aber ist der Kranke prophylactisch zu schützen vor der Bronchopneumonie, ferner vor den Entzündungen und der Gangrän der Genitalien, die so oft bei Masern vorkommt. Der Patient ist vor der Autoinfection zu hüten. Dementsprechend wird man oft die durch Dejection beschmutzten Körpertheile waschen, Vulva, Anus, am besten mit 4%iger Borsäure. Das Wasser sei gekocht. Waschung in der Regel Morgens und Abends, eventuell noch öfter. Ebenso wichtig ist die Antisepsis der Mund-, Rachen- und Nasenhöhle. Hierzu zweckmässig ist 3—4%ige gekochte Borsäurelösung, Borglycerin, Borvaselin. Der Mund und Rachen ist mit diesen Lösungen zu reinigen, in die Nase Morgens und Abends Wattetampons mit dem Borglycerin oder flüssigem Borvaselin einzuführen, der Rachen zu touchiren etc. So wird die Eingangspforte der Streptococcen der Bronchopneumonie möglichst sterilisirt. Bei kleinen Kindern, die nicht gurgeln können, bedient man sich mit Vortheil des Sprays mit Doppelgebläse.

580. ***Zur Kenntniss der Vaccine.*** *Von Dr.* ***Buttersack****, königl. württemberg. Assistenzarzt I. Classe. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 9. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 29.)*

Bei den herrschenden Immunitätsbestrebungen hat der Erreger der Pocken, respective der Schutzpocken wieder erneutes Interesse. In der Hoffnung, der Frage nach der Immunität etwas näher zu kommen, hat Verf. nach dem Vaccinekeim gesucht, der nach der Annahme aller Forscher in den Pusteln enthalten sein muss. Verf. hielt dafür, dass derselbe sichtbar werden würde, wenn man ihn in Luft bettete, d. h. wenn man ihn trocken betrachtete. Zu dem Zwecke wurden die Pusteln von Impfkindern mit einem Messerchen angestochen, die klare Lymphe auf Deckgläschen angetrocknet, diese mit zwei Wachstropfen auf Objectträgern befestigt und dann mit einem *Zeiss*'schen Apochromaten betrachtet; die störenden Nieder-



schläge, Salze und eiweissartigen Stoffe, die das Präparat zunächst mit einer gleichmässigen Schicht überzogen, lösten sich im Wasser ziemlich vollständig auf, und nachdem Verf. sich während der ersten Tage in dem Gesichtsfeld einigermassen orientirt hatte, sah er massenhaft ganz kleine, blasse Körperchen — alle von derselben Grösse — daliegen, zum Theil in Ketten, und glaubte zunächst, in diesen die Pockencoccen vor sich zu haben. Bei fortschreitender Uebung aber und bei weiteren Untersuchungen tauchte allmälig ein ganz feines Netzwerk auf, das aus ganz feinen, blassen Fäden bestand. Die Fäden zeigten durchwegs die gleiche Breite, liessen sich über weite Strecken verfolgen und enthielten in manchen Präparaten sehr zahlreich jene kleinen Körperchen, die Verf. anfangs als Coccen angesehen hatte. Ein Vergleich mit dem klinischen Verlauf der Pustel ergab bald, dass die Fäden in der wachsenden und in der voll entwickelten Pustel, die kleinen Körperchen aber von dem Moment an sich fanden, wo der Höhepunkt überschritten war, und zwar umsomehr, je mehr die Fäden verschwanden. Ganz ausgesprochen traten die Verhältnisse bei Revaccinirten zu Tage, bei denen ja der Verlauf der Impfung sich viel rascher vollzieht. Hier enthielten die Pusteln am 7. und 8. Tage ausschliesslich die kleinen Körperchen, und nur mit Mühe gelang es, da und dort noch Bruchstücke von einem Faden zu sehen. Bei diesen Untersuchungen, welche sich auf ungefähr 100 Kinder erstreckten und stets das gleiche Resultat ergaben, wurde Verf. dazu gedrängt, in diesen Gebilden ein Charakteristicum der Vaccinepusteln — und zwar ein belebtes — zu sehen, und das umsomehr, als sie hier nie fehlten, aber anderwärts in eiweisshaltigen Flüssigkeiten aller Art (Brandblasen, Acnepusteln, Exsudate, Transsudate etc.) nie aufzufinden waren. Als Unterscheidungsmerkmale von fibrinähnlichen Körpern führt Verf. an, dass derartige Fäden an Stärke wechseln und an den Punkten, wo sie zusammentreffen, zu mehr oder weniger grossen Klümpchen verschmelzen, während die Vaccinefäden in scharfen Winkeln über einander hinwegziehen. Fibrin löst sich weiter in Natriumnitrat und Ammoniak, die Vaccinefäden bleiben davon ganz unberührt; Fibrin färbt sich mit einer ganzen Reihe von Farbstoffen; die ebenso behandelten Vaccinefäden blieben stets ungefärbt. Als Hauptargument hebt Verf. schliesslich die Entwicklungsgeschichte seiner Gebilde von den Fäden zu den kleinen Körpern hervor. Das constante Vorkommen dieses Gebildes, sein Fehlen bei anderen Affectionen, sein biologischer Kreislauf parallel mit dem klinischen Verlauf der Pustel und des ganzen Vaccinationsprocesses und schliesslich seine Ueberimpfbarkeit scheinen dem Verf. hinlänglich für seine Bedeutung für die Impfung zu sprechen.

581. ***Ueber das Verhältniss der natürlichen Immunität des Menschen und vieler Säugethiere gegen asiatische Cholera.*** *Von Dr. Klemper. Vortrag im Verein f. innere Med. zu Berlin, am 17. April 1894. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 18.)*

Als die Kenntniss vom Commabacillus aufkam, war man geneigt, die natürliche Immunität vieler Menschen auf die Wirkung der Salzsäure des Magens zu beziehen. Aber diese bactericide Wirkung der Salzsäure findet nur auf der Höhe der Verdauung statt. Bei einer grossen Zahl von Menschen gehen die Commabacillen



vom Magen in den Darm und trotzdem bleiben die Träger gesund. In Hamburg sowohl wie in Berlin sind solche Fälle beobachtet worden, wo in festen und diarrhoischen Stühlen Commabacillen in Reinculturen vorhanden waren. Bekannt sind ja auch die hierher gehörigen Versuche *Pettenkofer's* und *Emmerich's*. Die Ursache der Immunität muss daher im Darm gesucht werden; dafür spricht auch, dass in Choleraleichen das Darmepithel in grossen Stücken in Verlust gerathen ist. Erst dieser Verlust disponirt den Darm zur Aufnahme des Choleragiftes. So sind die Meerschweinchen per os nur nach eingehendster und schwieriger Vorbehandlung und erst nach Einführung grosser Mengen von Bacillen zu inficiren. Ebenso schwierig ist die Infection vom Darm nach dem Blute. In den meisten Fällen gibt es keinen Weg für die Bacillen vom Darm in das Blut. Inficirt man die Blutbahn, so gelangen die Bacillen nicht in den Darm: Das Epithel bildet eine Barrière. Diese Versuche haben auch für den Hund und das Kaninchen Giltigkeit. Man könnte meinen, dass die bekannten Schutzvorrichtungen des Körpers, die antitoxischen und bactericiden Eigenschaften des Blutes dabei in Frage kommen, aber diese Factoren genügen nicht zur Erklärung der grossen Widerstandsfähigkeit des Menschen und besonders des Hundes. Man muss also direct auf die Eigenschaften des Darmepithels recurriren. Verf. hat bei seinen Versuchen von der Erkennung der chemischen Eigenschaften der Gewebe durch Farblösungen Gebrauch gemacht und gefunden, dass beim Darmepithel sich der Kern grün färbt, das Protoplasma roth, d. h. also, dass bei der Grünfärbung eine Säure, bei der Rothfärbung alkalisches Gewebe vorhanden sein muss. Im Epithelkern muss also ein saurer Körper vorhanden sein; letzterer stimmt vollkommen überein mit dem Nuclein. Für die allgemeine Pathologie ist es von Wichtigkeit, dass inmitten einer Zelle, in welche ein alkalisch wirksames Reagens hindurchdringt, ein sauer reagirender Körper vorhanden ist. Besonders mit Rücksicht auf die Cholera ist diese Thatsache von grossem Werth: denn die Säure ist ein Feind der Cholerabacillen und saure Substanzen können sie leicht abtödten. Bei Impfungen von neutraler Lösung dieser Säure mit Commabacillen hat Verf. gefunden, dass die Bacillen stundenlang in der Säure wachsen können, bis zu 10 Stunden sich langsam vermehren, dann allmälig abnehmen und nach 24 Stunden vollständig abgetödtet sind. Die neutrale Lösung der Säure ist also vollkommen steril. Spritzt man diese neutrale Lösung Meerschweinchen ein, so erkranken sie darnach leicht und wenn man dieselben Thiere acht Tage später mit frischen Culturen impft, so bleiben sie am Leben, während die Controlthiere acht Tage später starben. Die Lösung immunisirt also und hat keine toxischen Eigenschaften. Wenn nun die Commabacillen im Darm wachsen, so gehen die Gifte durch das Epithel hindurch, aber als immunisirende Substanz. Darum bleiben die Menschen, durch deren Darm Commabacillen gegangen sind, gesund.

582. ***Zur Lehre von der Trichinosis.*** *Von Dr. **M. Askanazy**. (Centralb'. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde. XV. 7.)*

In dem trichinösen Infectionsprocesse harrten bisher besonders zwei Fragen ihrer Lösung: 1. Wie passiren die Embryonen die



Darmwand und 2. auf welchen Wegen bewegen die Embryonen sich weiter, bis sie ihr Endziel, die quergestreifte Muskelfaser, erreichen? Die Untersuchung von Schnitten aus dem Darm stark inficirter Kaninchen ergab: 1. Die weiblichen Darmtrichinen bohren sich selbst in die Zotten und Schleimhaut des Darmes ein, sie liegen dann in der Mucosa oder in den Chylusgefässen. 2. Freie, im Gewebe der Darmwand oder in den Blutgefässen derselben liegende Embryonen wurden nicht gesehen. 3. Dagegen fanden sich in zwei Schnitten einer Serie zwei freie Embryonen im Lumen des Chylusgefässes einer Zotte. Seitlich stülpte sich eine mit Embryonen erfüllte Darmtrichine in die Zotte ein. Es muss als sehr wahrscheinlich gelten, dass diese Darmtrichine ihre Embryonen in das Chylusgefäss untergebracht hat. Die Darmtrichinen bergen ihre Jungen also in der Darmschleimhaut, indem sie sich selbst in dieselbe einboren. Der Lymphstrom ist es, welcher die Embryonen aus dem Darme fortführt, denn die Darmtrichinen gebären ihre junge Brut in den Chylusgefässen. Die alte Anschauung, nach der die Embryonen im Darmlumen geboren werden und die Darmwand durchbohren, scheint daher nicht richtig zu sein; es gelang Verf. nie, im Darminhalte einen einzigen freien Embryo zu finden, auch ist noch nie ein Embryo frei in der Darmwand angetroffen worden.

Literatur.

583. ***Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme.*** *Von Dr. **Felix Schlichter**, em. I. Secundararzt der niederösterreichischen Landes-Findelanstalt. Mit 5 Abbildungen. Wien, Verlag von Josef Šafář. 1894.*

Wir glauben, schon der Titel der obigen 68 Seiten umfassenden Schrift würde genügen, dieselbe jedem praktischen Arzte, zu dessen schwierigen Aufgaben bekanntlich auch die Auswahl der Amme gehört, zu empfehlen. Jedoch ist es unsere Pflicht, darauf hinzuweisen, dass wir es hier nicht mit einer Combination der bezüglichen Vorschriften aus verschiedenen Lehrbüchern zu thun haben, sondern dass Verf. seine persönlichen Erfahrungen niederlegt, die er bezüglich der Auswahl der Ammen an dem reichen Materiale der niederösterreichischen Landes-Findelanstalt zu machen Gelegenheit fand. Diese Erfahrungen im Vereine mit chemischen Untersuchungen der Frauenmilch, welche Verf. unter der Leitung des Prof. *Max Gruber* ausführte, ermöglichten die Aufstellung eines Satzes, durch welchen der Verf. gegen eines der bisherigen irrthümlich hochgehaltenen Principien bei der Auswahl der Amme erfolgreich ankämpft. Dieser Satz lautet: „Nicht die Qualität der Milchsecretion, sondern deren Quantität bildet ein Substrat der Untersuchung.“ Nachdem sich Verf. überzeugte, wie sehr der Fettgehalt und der Gehalt an Gesammteiweiss in der Milch derselben Amme am selben Tage schwankte und dass diese Schwankungen theilweise sogar grösser sind als die Differenz in der Zusammensetzung der Milch verschiedener Ammen, so schloss er darauf, dass, vorausgesetzt die Quantität der Milchabsonderung sei eine genügende, für das Gedeihen des Kindes es ganz gleich bleibt, wenn dasselbe statt seiner bisherigen Amme am nächsten Tage einer



anderen Amme an die Brust gelegt wird. Diesen theoretischen Schluss war Verf. in der Lage, auch in der obgenannten Findelanstalt praktisch zu erproben. Wir müssen uns hier damit begnügen, die These des Verf. angeführt zu haben, und verweisen bezüglich der Gründe, mit welcher dieselbe gegen naheliegende Einwendungen gestützt wird, auf das Original. Der Inhalt der drei letzten Capiteln ergibt sich aus folgenden Ueberschriften derselben: Untersuchnng der Quantität der Milchsecretion der Amme; Untersuchung des Gesundheitszustandes der Amme; Alter, Rasse, Stand, Zahl der Entbindungen, Zeitpunkt der letzten Entbindung, Menstruation der Amme. —*sch.*

584. ***Lehrbuch der bacteriologischen Untersuchung und Diagnostik.*** *Eine Anleitung zur Ausführung bacteriologischer Arbeiten und zur Einrichtung bacteriologischer Arbeitsstätten, mit zahlreichen, vielfach nach Originalphotogrammen hergestellten Abbildungen, und mit 8 Tafeln in Lichtdruck, enthaltend 50 Photogramme von Mikroorganismen. Von Dr.* ***Ludwig Heim****, k. bayr. Stabsarzt, Privatdocent an der Universität Würzburg. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894. Bibliothek des Arztes, eine Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.*

Das vorliegende Werk findet in der grossen Verallgemeinerung, welche die bacterioskopische Untersuchung auf dem Gebiete ärztlicher Thätigkeit gefunden hat, die günstigsten Vorbedingungen seiner Aufnahme unter den Aerzten. Nicht nur für die Zwecke der medicinischen Diagnostik in der Privatpraxis und an öffentlichen Heilanstalten, auch für die Erfüllung der Obliegenheiten der öffentlichen Gesundheitspflege, insoferne diese die Entdeckung von Krankheitsherden und die Zerstörung der Krankheitskeime zu ihren wichtigsten Aufgaben zählt, bedarf es einer vollkommenen Beherrschung der bacterioskopischen Technik, um den Aufgaben zu genügen, welche in dieser Beziehung an den modernen Arzt herantritt. Selbstverständlich wird auch nur jener Arzt in der Lage sein, ganz im Sinne der heutigen ätiologischen Auffassung der Krankheiten, gegen diese prophylaktisch und heilend vorzugehen, der über die Gesetze des Wachsthums und der Vermehrung der Bacterien, über die Art der Stoffwechselproducte derselben genügend unterrichtet ist. Thatsächlich hat sich die Bacteriologie als ein Unterrichtsgegenstand der Medicin rasch an allen deutschen Universitäten eingebürgert und es gibt kaum eine solche, die nicht an mehreren Lehrkanzeln Gelegenheit zu Forschungen in dieser Doctrin bieten würde. Unter diesen Verhältnissen war das vorliegende Buch — dessen Verf., ein Schüler des Geheimrathes *Koch*, durch zahlreiche fruchtbare Forschungen auf diesem Gebiete ausgezeichnet und als Vorstand einer staatlichen Untersuchungsstation die Bedürfnisse sowohl des Anfängers als des Praktikers auf diesem Gebiete gründlich kennend — zur rechten Zeit erschienen, um ein Lehrer und Führer all derjenigen zu werden, die sich praktisch mit der bacteriologischen Untersuchung beschäftigen wollen. Verf., stets die Zwecke der Praxis im Auge behaltend, gruppirte die Bacteriologie in drei Abschnitte, welche gewissermassen die drei verschiedenen Formen der mikrobiologischen Untersuchungen repräsentiren. Im ersten Theil werden die bacteriologischen Untersuchungen im Allgemeinen und ihre Hilfsmittel — mikroskopische Untersuchung, culturelle Untersuchung, der Thierversuch — behandelt. Der zweite schildert die besonderen Untersuchungen über die morphologischen und biologischen Eigenschaften der Bacterien; der dritte gibt

eine Darstellung aller Methoden zum Nachweis der Mikroorganismen in und ausser dem menschlichen Körper, verbunden mit einer Beschreibung der dort vorkommenden wichtigeren Kleinwesen und ihrer Merkmale. Der vierte Abschnitt beschäftigt sich mit der vielen Aerzten, die im öffentlichen Sanitätsdienste stehen, praktisch sehr wichtigen Aufgabe, der Einrichtung bacteriologischer Arbeitsstätten. Sehr erwünscht ist hier auch Zusammenstellung und Werthverzeichniss der für eine bacteriologische Arbeitsstätte I., II. und III. Ordnung erforderlichen Einrichtungsgegenstände und Chemikalien. In diesem Abschnitte finden sich auch die Erläuterungen zu den Photogrammen von Mikroorganismen, nebst Winken für mikrophotographische Aufnahmen. Diese kurze Uebersicht genügt wohl, den Leser über den Werth des mit grosser Sorgfalt bearbeiteten Werkes zu belehren. Vorzügliche Illustrationen, sowie Autoren- und Sachregister vermehren die Brauchbarkeit des Werkes. —*sch.*

Sitzungsberichte.

585. ***Zur Pathogenese der Diphtherie.*** *Von Prof. Dr.* ***Th. Escherich.*** *Nach dem Vortrag, gehalten in der pädiatrischen Section des XI. internationalen medicinischen Congresses in Rom, März 1894. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 22.)*

Die bacterienfrohe Zeit, welche der Entdeckung der *Koch*'schen Methodik folgte, glaubte mit der Auffindung gewisser Bacterien bei bestimmten Krankheiten, mit dem Studium ihrer pathogenen Eigenschaften das Wesen und die Ursache der Infectionskrankheiten aufgedeckt zu haben. Erst das eingehende Studium der Immunitätslehre, insbesondere die fundamentale Entdeckung von *Behring*, wonach im Blute der immunisirten Thiere ein Körper vorhanden ist, welcher nicht nur den eigenen Körper gegen die Giftwirkung der Bacterien zu schützen, sondern auf andere disponirte Thiere übertragen, diesen den gleichen Schutz zu verleihen vermag, gab Veranlassung zu einem Umschlag dieser einseitigen Richtung. Das Verhalten der immunisirten Thiere zeigt in überzeugender Weise, dass die Entstehung und der Verlauf der Krankheit keineswegs ausschliesslich von der Anwesenheit und der Giftigkeit der Bacterien bedingt ist, sondern dass es dazu eines zweiten, nicht minder wichtigen Factors, einer Empfänglichkeit seitens der Gewebe, der sogenannten individuellen Disposition, bedarf. Dabei erweist sich die individuelle Disposition als dasjenige Moment, welches in erster Linie Verlauf und Ausgang der Erkrankung bestimmt, und wir gewinnen durch die Berücksichtigung desselben wiederum Verständniss für die klinische Erfahrung, welche uns eine Mannigfaltigkeit der Erscheinungen und der Verlaufsweisen zeigt, die mit der Gleichförmigkeit der bacteriologischen Befunde in grellem Widerspruche steht. Bei der Diphtherie hat man versucht, die verschiedenen Verlaufsweisen auf die Verschiedenheiten und den Wechsel der Virulenz der Bacillen zurückzuführen — wie Vortr. scheint, mit nicht ganz befriedigendem Erfolge. In den nachfolgenden vier Thesen hat Vortr., von einem anderen Gesichtspunkte ausgehend, einige Punkte hervorgehoben, welche ihm in erster Linie von Bedeutung für die Pathogenese der Diphtherie zu sein scheinen.

1. Zum Zustandekommen der diphtherischen Erkrankung ist ausser dem Bacillus und der Möglichkeit



seiner Invasion noch das Vorhandensein einer specifischen Empfänglichkeit seitens der Gewebe des zu inficirenden Organismus erforderlich. Das vorwiegende Befallenwerden der jüngeren Altersclassen, die sprungweise Ausbreitung der Epidemie, der negative Ausfall der Impfversuche hatten längst erwiesen, dass es zur Entstehung der Diphtherie einer besonderen Disposition bedarf, und dass dieselbe sehr viel weniger verbreitet ist, als diejenige für Masern oder Scharlach. Diese Thatsache war jedoch in der bacteriologischen Aera nahezu aus dem Bewusstsein geschwunden; sonst hätte der Befund virulenter *Löffler*'scher Bacillen in dem Munde gesunder oder doch nicht an diphtherischen Symptomen leidender Personen nicht so grosses Erstaunen und geradezu Zweifel an der pathogenen Bedeutung dieses Bacillus hervorrufen können. Ich muss dieses Vorkommniss jedoch als ein sehr seltenes bezeichnen.

Als disponirt zu Diphtherie bezeichnet man jene Gewebe und Individuen, welchen die Eigenschaft zukommt, auf die Einwirkung des specifisch diphtherischen Giftes in Form bestimmter krankhafter Vorgänge zu reagiren. Es ist bekannt, dass dieser Zustand örtlich und zeitlich wechselt. Entsprechend der örtlichen und der allgemeinen Giftwirkung der Bacillen kann man auch von einer örtlichen oder Oberflächen- und von einer allgemeinen oder inneren Disposition sprechen. Die Abstufungen der örtlichen Disposition entsprechen den verschiedenen Intensitätsgraden des diphtherischen Localaffectes von den schwersten Processen herab bis zur leichten catarrhalischen Röthung. Ebenso verschieden erweist sich die allgemeine Disposition. Derjenige Zustand, in welchem sie ganz oder nahezu gänzlich fehlt, deckt sich mit dem von *Ehrlich* eingeführten Begriffe der Giftfestigkeit. Dabei ist es nicht ausgeschlossen, dass eine örtliche Disposition, ein typischer diphtherischer Localeffect vorhanden sein kann. Den umgekehrten Fall sehen wir bei der experimentellen Diphtherie der Meerschweinchen. Die geringste Menge des diphtherischen Virus, subcutan eingespritzt, genügt, um sie zu tödten, während sie gegen Schleimhautimpfung nahezu immun sind.

2. Das Verhalten der örtlichen und der allgemeinen Disposition sind erst in zweiter Linie, die grössere oder geringere Virulenz des Bacillus sind massgebend für den Verlauf der Einzelerkrankung. Die Verschiedenheiten des Verlaufes der uncomplicirten Diphtherie, welche aus dem wechselnden Verhalten der örtlichen und der allgemeinen Disposition hervorgehen, lässt das beifolgende Schema erkennen.

Grosse Oberflächen-Disp.	geringe Giftempfänglichkeit:	gutartige pseudomembranöse Form (Rhinitis fibrinosa)
	grosse „ :	toxisch-progressive Form (die gewöhnl. Form der absteigenden Diphth.)
Geringe Oberflächen-Disp.	geringe Giftempfänglichkeit:	gutartige, localisirte (catarrhalisch.) Form.
	grosse „ :	hypertoxische Form.

Die Behauptung von *Roux* und *Yersin*, dass die Schwere der Erkrankung von der Zahl und der grösseren oder geringeren Giftigkeit der dabei vorhandenen Bacillen abhänge, kann Vortr. auf Grund eingehender Untersuchungen nur in dem Sinne bestätigen, dass bei schwer verlaufenden Fällen in der Regel auch hochvirulente Bacillen vorhanden sind, während ebensolche nicht selten auch bei ganz leicht verlaufenden Fällen gefunden

werden. Die Ursache des leichten, beziehungsweise schweren Verlaufes kann also nicht an dem Virulenzgrade der Bacillen gelegen sein. Dagegen können gewisse, in der einen oder anderen Epidemie hervorstechende Züge (Häufigkeit der Lähmungen, chronische Dauer) vielleicht auf Rasseneigenthümlichkeiten der Bacillen bezogen werden.

3. **Auch andere und selbst saprophytische Bacterien, sowie deren Stoffwechselproducte können von Einfluss sein auf die Ausbreitung und den klinischen Verlauf des Processes.** Nachdem die Diphtherie sich stets auf den der Luft zugänglichen Schleimhäuten localisirt, ist es selbstverständlich, dass neben den Diphtheriebacillen stets auch andere Mikroorganismen in den Membranen vorhanden sind, darunter auch pathogene. Als Misch- oder Secundärinfection wird man jedoch nur jene Fälle gelten lassen dürfen, in welchen es den pathogenen Keimen möglich ist, in das Gewebe einzudringen und neue selbstständige Krankheitsprocesse auszulösen, in denen also die specifische Empfänglichkeit der Gewebe für dieselbe vorhanden ist.

Am bekanntesten ist die Secundärinfection mit Streptococcen; sie erzeugt das Krankheitsbild der septischen Diphtherie, die durch besonders schwere Allgemeinerscheinungen ausgezeichnet ist. *Roux* und *Yersin* versuchten die letzteren durch die Annahme zu erklären, dass die Symbiose der Diphtheriebacillen mit Streptococcen die Virulenz der ersteren steigere. Ein solcher Einfluss scheint Vortr. weder nothwendig, noch erwiesen. Vielmehr sprechen experimentelle Thatsachen dafür, dass die Durchseuchung des Körpers mit Streptococcen, respective deren Stoffwechselproducten die Empfänglichkeit des Organismus für das Diphtheriegift erhöht. Umgekehrt scheint es sich mit gewissen Staphylococcen zu verhalten. Der ungünstige, respective günstige Einfluss der Mischinfection auf den Verlauf des Einzelfalles ergibt sich hieraus von selbst. Noch nach einer anderen Seite hin scheint die Mischinfection mit Streptococcen von Einfluss zu sein. Es wird dadurch das klinische Bild der Exsudation in dem Sinne geändert, dass unter dem Einflusse ber combinirten Infection die in das Gewebe infiltrirten, im anatomischen Sinne diphtheritischen Auflagerungen entstehen. Uebrigens ist die übermässige Entwicklung von Streptococcen auf der Schleimhautoberfläche der Vermehrung und örtlichen Ausbreitung der Diphtheriebacillen nicht günstig; septische Diphtherie bleibt bekanntlich häufig auf den Rachen localisirt.

4. **Die Heilung des Krankheitsprocesses erfolgt durch Immunisirung des erkrankten Organismus, so dass die früher vorhandene Disposition beseitigt, ja in das Gegentheil verwandelt wird.** Vortr. hat schon 1889 gezeigt, dass die Heilung der Diphtherie nicht, wie man damals anzunehmen geneigt war, auf das Verschwinden der Bacillen oder auf den Verlust ihrer pathogenen Fähigkeiten *(Roux)* zurückgeführt werden kann, indem er das Vorhandensein vollvirulenter Diphtheriebacillen im Rachen nach Schwund der Membranen nachwies. Schon damals hat Vortr. die Vermuthung ausgesprochen, dass das Schwinden der Krankheitserscheinungen nur durch eine Art Immunisirung der Gewebe erklärt werden könne. Fussend auf den bekannten Studien *Behring's* haben dann *Klemensiewicz* und Vortr. in einer gemeinsamen Arbeit den Nachweis geliefert, dass bei Kindern, welche einen diphtherischen Process überstanden, ähnlich wie beim immunisirten Thiere ein Körper im Blute nachweisbar wird, welcher Meer-



schweinchen einen gewissen Schutz gegenüber der Infection mit Diphtherie zu verleihen vermag. Der Nachweis dieses Schutzkörpers gelang auch in einem Falle, welcher zwei Monate nach überstandener Krankheit zur Untersuchung kam. Indess ist die durch Ueberstehen des diphtherischen Processes erworbene Immunität eine kurz dauernde; sie vermag, wie Vortr. sich an der Hand bacteriologisch controlirter Beobachtungen überzeugen konnte, nicht vor einer zweiten Erkrankung zu schützen, wenn auch diese letztere dann meist leichter verläuft, als die erste. —*sch.*

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

De Terra Paul, praktischer Zahnarzt in Zürich. Repetitorium der Zahnheilkunde, zugleich ein Examinatorium über sämmtliche Hilfswissenschaften für die zahnärztliche Staatsprüfung in Fragen und Antworten geordnet. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Francke, Dr. K., Specialarzt für innere Leiden. Die Schwankungen der Reizzustandsgrösse, d. i. der Intensität, beziehungsweise des Umfangs des Lebens im menschlichen Körper. Mit 93 Abbildungen. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1893.

Fritsch, Dr. med. Heinrich, Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe, geheimer Medicinalrath und Director der königl. Frauenklinik an der Universität zu Bonn. Die Krankheiten der Frauen, für Aerzte und Studirende dargestellt. Sechste, neu bearbeitete Auflage. Mit 220 Abbildungen in Holzschnitten und 4 Tafeln in Heliogravüre. (Wreden's Sammlung medicinischer Lehrbücher. Band I.) Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1894.

Goldschmidt, Dr. Sigismund, Arzt in Bad Reichenhall. Die Tuberculose und Lungenschwindsucht, ihre Entstehung und eine kritische Uebersicht ihrer neuesten Behandlungsmethoden, nebst Anhang über Familienerkrankungen an Schwindsucht. Leipzig, B. Konegen, 1894.

Grossmann, Dr. med. J., Redacteur der Zeitschrift für Hypnotismus in Berlin. Die Bedeutung der hypnotischen Suggestion als Heilmittel. Gutachten und Heilberichte der hervorragendsten wissenschaftlichen Vertreter des Hypnotismus der Gegenwart. A. Ausgabe im Originaltext. Berlin, Deutsches Verlagshaus, Bong & Comp., 1894.

Herzfelder, Dr. J., prakt. Arzt in München. Ueber die Perforation des Blinddarm-Wurmfortsatzes. Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag (Louis Heuser), 1893.

Klebs Edwin. Die causale Behandlung der Tuberculose. Experimentelle und klinische Studien. Mit einer Photogravüre, 7 Farben- und 19 Curventafeln, 4 Figuren im Text und einer statistischen Beilage. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1894.

Langenbuch, Prof. Dr. C. Chirurgie der Leber und Gallenblase. I. Theil. Mit 19 Abbildungen. (Deutsche Chirurgie, begründet von *Th. Billroth* und *A. Luecke*. Herausgegeben von *Dr. E. v. Bergmann*, Professor in Berlin, und *Dr. P. Bruns*, Professor in Tübingen. Lieferung 45c. I. Hälfte.) Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Mooren, Dr. med. Albert, geh. Medicinalrath in Düsseldorf. Die operative Behandlung der natürlich und künstlich gereiften Staarformen. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1894.

Müller Paul, prakt. Arzt. Ueber Augenerkrankungen bei und nach Masern, nach der Literatur und eigenen Beobachtungen zusammengestellt, nebst Bemerkungen zur Therapie. Aus der Dr. *Wolffberg'*schen Augenklinik zu Breslau. Inaugural-Dissertation an der Universität Leipzig. Breslau, Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, e. G. m. u. H., 1894.

Neisser, Prof. Albert, Breslau. Ueber den gegenwärtigen Stand der Siechenfrage. Referat, erstattet in der dermatologischen Section des XI. internationalen Congresses zu Rom. Separatabdruck aus dem „Archiv f. Dermat. u. Syph". 1894. Wien und Leipzig, Wilh. Braumüller, k. u. k. Hof- u. Universitäts-Buchhändler, 1894.

Parish Edmund. Ueber die Trugwahrnehmung (Hallucination und Illusion), mit besonderer Berücksichtigung der internationalen Enquête über Wachhallucination bei Gesunden. (Schriften der Gesellschaft für psychologische Forschung.) Heft 7/8. II Sammlung. Leipzig, Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner), 1894.

Sammlung klinischer Vorträge, begründet von *Richard v. Volkmann.* Neue Folge. Herausgegeben von *Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb* und *Franz v. Winckel.* Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel, 1894.

Nr. 95. *Schrader Wilh.,* Woher der therapeutische Misserfolg der Antisepsis beim Puerperalfieber?

Nr. 96/97. *Dr. Determann,* Ueber Herz- und Gefässneurosen.

Nr. 98. *Lanz, Dr. Otto,* Zu der Schilddrüsenfrage.

Schmidt-Rimpler, Dr. Hermann, o. ö. Professor der Augenheilkunde, geh. Medicinalrath und Director der ophthalmiatrischen Klinik an der Universität zu Göttingen. Augenheilkunde und Ophthalmoskopie, für Aerzte und Studirende bearbeitet. Sechste, verbesserte Auflage mit 185 Abbildungen in Holzschnitten und zwei Farbendrucktafeln. (Wreden's Sammlung medicinischer Lehrbücher. Band X.) Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1894.

Schmitz, Dr. A., Besitzer einer Heilanstalt für Nervenkranke, Morphium- und Alkoholentwöhnung in Bonn a. Rh. Mässigkeit oder Enthaltsamkeit? Neue Beiträge zur Alkoholfrage: 1. Gebrauch und Missbrauch geistiger Getränke. 2. Entmündung Trunksüchtiger. 3. Trinkschulen. Bonn, R. Hannstein's Verlag, 1894.

Winckler, Dr. med. et phil. Axel, Badearzt in Steben. Geschichte des Bades Steben. Mit 2 Abbildungen. Leipzig, B. Konegen, 1893.

Zweiundfünfzigster Jahresbericht des unter dem hohen Schutze Ihrer k. u. k. Hoheit der durchlauchtigsten Frau Erzherzogin *Maria Carolina* stehenden St. Josef unentgeltlichen Kinderspitales in Wien, IV., Kolschitzkygasse 9, und des damit verbundenen *Dr. Biehler*'schen Kinderwärterinnen-Bildungsinstitutes für das Jahr 1893. Selbstverlag der Anstalt.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Deutscher Naturforscher- und Aerztetag in Wien. Die Vorbereitungen für die 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, die in Wien vom 24. bis 30. September abgehalten werden wird, sind in vollem Zuge und stellen gute Erfolge in Aussicht. Schon haben zahlreiche Gelehrte ihr Erscheinen angekündigt, so *Helmholtz* und *Leyden* aus Berlin, *Forel* aus Zürich etc. Von Wiener Gelehrten und Fachmännern sind an die Spitze der einzelnen Sectionen getreten: *Rector Hofrath Dr. Tschermak, Hofrath Dr. Nothnagel, Hofrath Wiederhofer, Hofrath Krafft-Ebing, Prof. Adam Politzer, Ministerialrath Dr. v. Kusy, Reichsraths-Abgeordneter Dr. Beer, Feldmarschall-Lieutenant R. v. Arbter* etc. etc. Die österreichische Regierung hat dem Naturforschertag eine Subvention von 10.000 fl. bewilligt, die als Nachtragscredit zum Budget vom Abgeordnetenhause bereits genehmigt wurde. Der Bürgermeister der Stadt Wien wird die Theilnehmer der Versammlung für den 27. September zur Besichtigung des Rathhauses einladen. In den jüngsten Tagen hat sich ein Damencomité constituirt, welches sich zur besonderen Aufgabe machen wird, den fremden Damen, die in Begleitung ihrer Gatten oder als selbstständige Theilnehmer — auch dies ist zulässig — am Naturforschertag erscheinen, in jeder Beziehung an die Hand zu gehen. An der Spitze dieses Damencomités steht Frau Rosa v. Gerold.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

586. *Ueber die physikalischen Untersuchungsmethoden der Nieren.*

Von Prof. Dr. M. Litten, Berlin.

(Wiener klin. Wochenschr. 1894. 15.)

Ueber die anatomische Lage der Nieren herrscht nicht jene absolute Uebereinstimmung, wie man sie bei einer so rein anatomischen Frage erwarten sollte. Die Verschiedenheit der Angaben und namentlich die klinische Prüfung der einschlägigen Verhältnisse bewogen den Verf. vor einer Reihe von Jahren, eine sorgfältige Nachprüfung der anatomischen Lage der Nieren vermittelst langer Nadeln, welche er in geeigneter Weise an den Endpunkten der Organe einstach, vorzunehmen. Bezüglich der rein anatomischen Versuche deckten sich die Resultate des Verf.'s in allen Punkten genau mit den Angaben von *A. Pansch.* Bei der Lagebestimmung von vorn wird man für die mittlere Lage der Nieren stets nur die Höhe der 12. Brust- und der beiden ersten Lendenwirbel, oder vom unteren Rande des 11. Brustwirbels bis zum oberen Rande des 3. Lendenwirbels angeben können. Differenzen um die Höhe eines halben Wirbels kommen häufig genug vor. Dabei kommen Nieren in Betracht, welche die gewöhnliche Länge von 11—11·5 Cm. nicht überschreiten. Für die Bestimmung der Lage der Nieren an der hinteren Seite des Körpers kommen folgende Skelettheile in Betracht: die Dornfortsätze, der Darmbeinkamm, die letzte Rippe und gewisse Muskeln. Die mittlere Nierenlage wird hier bestimmt durch den Proc. spin. des 11. Brustwirbels und durch den Dornfortsatz des 2. Lendenwirbels. Die 12 Rippe, obgleich sie in Länge und Richtung sehr variirt, ist für die Nierenbestimmung namentlich am Lebenden von grosser Bedeutung. Anatomisch ist das Verhältniss des oberen Nierenendes zu den Rippen ein äusserst wechselndes. *Pansch* gibt an, dass er die Niere bis zur halben Höhe der 10. Rippe hinaufragen sah, während sie in einem anderen Falle den Rand der 12. Rippe kaum erreichte. Nach *Hoffmann* scheidet die 12. Rippe bei einer Neigung von 45° die Niere in ungefähr zwei gleich grosse Hälften. Um die Nieren intra vitam der sinnlichen Wahrnehmung zugängig zu machen, gibt es zwei Untersuchungsmethoden, die Palpation und die Percussion. Wie bei allen übrigen Organen, welche der directen Betastung zugängig sind, leistet auch hier die

Palpation mehr als die Percussion, da sie uns Aufklärung gestattet nicht nur über die Grösse des Organes in allen Durchmessern. sondern auch über dessen Consistenz, Form und Beschaffenheit der Oberfläche; Deformitäten, Neoplasmen, Cystenbildungen, Unebenheiten der Oberfläche, sowie Zunahme oder anderweitige Veränderungen der Consistenz können auf diesem Wege mit grösster Deutlichkeit erkannt werden.

Die Methode der Nierenpalpation ist die denkbar einfachste, wenn man von der wohlbegründeten, anatomischen Vorstellung ausgeht, dass die Nieren zum grösseren Theil innerhalb des knöchernen Thorax liegen, während der unterste Abschnitt in der Lumbalgegend nur von Weichtheilen bedeckt ist. Ein weiterer sehr wichtiger und lange nicht genug gewürdigter Punkt betrifft die respiratorische Verschieblichkeit der Niere. Dieselbe ist mindestens ebenso gross wie die der Milz und Leber und ist von grösster Bedeutung, da sie gestattet, einen grossen Theil des Organs, häufig genug die ganze Niere abzutasten. Es ist aus diesem Grunde auch unzweckmässig und einseitig, bei derartigen Untersuchungen gewohnheitsmässig zu chloroformiren, weil man sich dadurch eines diagnostisch sehr wichtigen Hilfsmittels, der respiratorischen Verschieblichkeit, beraubt. Die Niere steigt bei tiefster Inspiration um die ganze Grösse der inspiratorischen Zwerchfellscontraction hinab, welche, wie Verf. gezeigt hat, direct durch das blosse Auge bei jedem Menschen mit normaler Respiration wahrgenommen werden kann. Dabei handelt es sich um einen absolut physiologischen Process, von welchem es nur wenige pathologische Ausnahmen gibt, wenn das Organ durch frühere adhäsive Entzündungen festgewachsen ist. Jede palpable Niere zeigt diese respiratorische Verschieblichkeit auf's deutlichste. Trotzdem gibt es noch berühmte Chirurgen, welche an diese Thatsache nicht glauben, sondern welche im Gegentheil der Meinung sind, dass ein Tumor in der Bauchhöhle, welcher sich bei der Respiration verschiebt, nicht von der Niere ausgehen könne. Es liegt dies wahrscheinlich daran, dass die Gegner der vom Verf. vertretenen Behauptung nur in Krankheitsfällen die Nieren untersucht haben, und dass in der That mit Neubildungen behaftete oder anderweitig erkrankte Nieren häufig adhärent sind und jene beschriebene respiratorische Verschiebung nicht erkennen lassen. Indess wird sich auch die Thatsache der respiratorischen Verschieblichkeit der Nieren, wie jede andere wissenschaftliche Wahrheit, Bahn brechen. Vielleicht tragen dazu noch folgende Thatsachen bei: Erstens hat *Israel* bei lebenden Menschen diese Bewegung an freigelegten Nieren direct beobachtet. Ausserdem hat Verf. in einer Anzahl von Fällen beobachtet, dass bei Frauen respiratorisch bewegliche Nieren, welche man in Folge diagnostischer Irrthümer, weil man glaubte, es mit Wandernieren zu thun zu haben, festgenäht hatte, sich wiederholt wieder loslösten, da sich die Ligaturen in Folge der beständigen Verschiebungen, respective in Folge des durch die Zwerchfellscontractionen constant auf die Nieren ausgeübten Druckes oder Zuges wieder lockerten und schliesslich gänzlich lösten.

Was die Methode des Palpirens selbst anbetrifft, so ist sie ungemein einfach, wenn man bimanuell untersucht. Der Kranke

befindet sich am besten in voller Rückenlage, wobei man die Kreuzgegend durch ein Kissen unterstützen kann, was aber keineswegs nennenswerthe Vortheile darbietet. Der Untersuchende steht dabei auf der rechten Seite des Lagers. Alsdann legt man die zusammengelegten Fingerspitzen der rechten Hand unter den vorderen unteren Rippenbogen in der Mitte zwischen vorderer Axillarlinie und Mammillarlinie, während die in gleicher Weise zusammengelegten Fingerspitzen der linken Hand unmittelbar unter den hinteren unteren Rippenrand, d. h. unmittelbar unter die 12. Rippe zu liegen kommen. Nachdem die Hände diese Lage eingenommen haben, bleiben sie am besten ruhig liegen, während man den zu Untersuchenden auffordert, tief zu respiriren. Nun tritt in denjenigen Fällen, in denen das Organ überhaupt fühlbar ist, die Niere während der Inspiration unter dem Rippenbogen hervor, und zwar um so tiefer, je tiefer die Inspiration war, um während der Exspiration wieder ganz oder grösstentheils unter dem Rippenbogen zu verschwinden. Da der untere Abschnitt der Nieren sowohl vorne wie hinten gefühlt werden kann, so ist man in der Lage, dieselben während der Inspiration zwischen beiden Händen mit grösster Deutlichkeit abzutasten Je vollständiger die Erschlaffung der Bauchmuskeln, namentlich bei fettlosen Individuen ist, und je tiefer die Inspirationen sind, mit umso grösserer Deutlichkeit kann man die Niere hervorschlüpfen fühlen, und während der Höhe der Inspiration und bei dann angehaltenem Athem bimanuell untersuchen, wobei man die genaueste Vorstellung von der Grösse, Consistenz und Dicke des Organs bekommt; etwaige Geschwulstbildung, Schrumpfungsprocesse und Unebenheiten der Oberfläche, namentlich aber Zunahme der Consistenz, der Grösse und des Dickendurchmessers treten bei dieser Art der bimanuellen Untersuchung prägnant hervor. Natürlich gehört zu dieser Untersuchungsmethode eine manuelle Geschicklichkeit, welche durch Uebung leicht erlernt wird. Die Hauptsache bleibt, mit leichter Hand zu palpiren, und namentlich nicht, wie dies von Anfängern geschieht, in die Tiefe bohrend zu untersuchen. Je leichter man palpirt, je weniger man den Kranken durch die Untersuchung belästigt, und je weniger man mit den Fingerspitzen in die Tiefe bohrt, um so eher wird man seinen Zweck erreichen. Am vortheilhaftesten für die Untersuchung ist es, wenn man beide Hände in der vorhin angegebenen Weise an den Rippenbogen applicirt und daselbst ruhig liegen lässt, bis durch die Inspiration der untere Nierenrand gegen die Fingerspitzen angedrängt wird. Unmittelbar darüber findet man in den meisten Fällen den scharfen Leberrand, bei dessen Abtastung man zuweilen auf den Fundus der Gallenblase gelangt. Handelt es sich um cystische Degenerationen der Nieren, um sogenannte Cystennieren, Hydatidengeschwülste oder Hydro-, respective Pyelonephrosen, so wird man ausser dem Nachweis des vergrösserten Organs noch den der Fluctuation bei der Palpation zu erbringen haben, bei Echinococcen unter Umständen auch noch Hydatidenschwirren.

Ist die Niere bei tiefer Inspiration zu einem grossen Theil oder gänzlich unter dem Rippenbogen hervorgetreten, so fühlt man sie als einen mehr oder weniger beweglichen, glatten, ovalen, halbelastischen Körper, welcher bei bimanuellem Druck auf den unteren



Abschnitt in äusserst charakteristischer Weise aus den Fingern heraus in die frühere Lage zurückgleitet oder -schnellt. Dieses Echappement ist äusserst charakteristisch für die Nieren und kommt bei keinem anderen Organ vor. Nach Verf. steht der Untersuchende unter allen Umständen, ob es sich um die rechte oder linke Niere handelt, immer am besten auf der rechten Seite des Lagers und benutzt ebenfalls in beiden Fällen die rechte Hand zur Abtastung der vorderen Bauchwand, während die linke Hand auf die Lumbalgegend gelegt wird, so dass die neben einander liegenden Fingerspitzen unter den hinteren Rippenbogen zu liegen kommen. Auch die Untersuchung der Nieren in voller Seitenlage bewährt sich in manchen Fällen und kann durchaus empfohlen werden, namentlich wenn man in der Rückenlage nicht zum Ziele gelangt. Der Kranke liegt auf der rechten Körperkante, wenn man die linke, auf der linken Seite, wenn man die rechte Niere palpiren will. Auch bei dieser Untersuchungsmethode zieht Verf. für den Arzt stets die Stellung auf der rechten Seite des Lagers vor und bedient sich beiderseits desselben Handgriffes, wie bei der Untersuchung in der Rückenlage, d. h. er legt die rechte Hand vorn unter den Rippenbogen, die linke Hand in die Lumbalgegend, sowohl bei der Untersuchung der rechten als der linken Niere. (Schluss folgt.)

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

587. ***Ueber einen Fall von acuter Miliartuberculose mit dem ausgeprägten Bilde des Abdominaltyphus.*** *Von* ***P. J. de Bruïre****, Arzt in Krimpen a. d. Lek, Holland. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 13. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 41.)*

Bei der Patientin, einem 18jährigen Mädchen, bestanden typhöses Fieber, Milzschwellung, Roseolaausschlag auf dem Abdomen, Diarrhoe, und es wurde auf Grund dieser Symptome anfangs die Diagnose auf Typhus abdominalis gestellt. Als sich dann nach anfänglichem Sinken der Temperatur und einer scheinbaren Besserung blutiger Stuhl, Hämaturie, Ecchymosen der Haut etc. zeigten, konnten diese Blutungen als eine, wenn auch seltene Nachkrankheit von Febris typhoidea angenommen werden. Es wurden die Respirationsorgane wiederholt genau untersucht, aber nicht die geringste Spur eines Spitzencatarrhs war aufzufinden. Als aber auch nach dem Aufhören der Blutungen keine Besserung eintrat, das Husten im Gegentheil stark in den Vordergrund trat, regte sich im Verf. der Gedanke an einen Fehler in der Diagnose. Der Gedanke an Miliartuberculose veranlasste ihn, den Augenhintergrund zu untersuchen, und die Untersuchung ergab ein positives Resultat: es fanden sich dort Choroidealtuberkel. Auch in dem durch einen in der Leistengegend entstandenen Abscess ausgeschiedenen Eiter fanden sich Tuberkelbacillen und ebenso in dem spärlichen Sputum. Die Kranke starb. Die Differentialdiagnose zwischen Miliartuberculose und Abdominaltyphus ist im Allgemeinen sehr schwierig und Verwechslungen beider Krankheiten kommen ziemlich häufig vor. Es ist dies leicht zu begreifen, da man jetzt



weiss, dass Milzschwellung auch bei Miliartuberculose vorkommt. Auch der Typhus des Fiebers ist kein genügend differentialdiagnostisches Kennzeichen. Auch die Roseolafleckchen sind nicht entscheidend. Roseolen können bei Typhoid mangeln und bei Miliartuberculose vorkommen. Was die Blutungen betrifft, so treten sie oft als eine Nachkrankheit von Febris typhoidea auf, ebensowenig widersprechen aber dieselben der Miliartuberculose. *Eichhorst* nennt auch als Todesursache bei Miliartuberculose Blutdissolution, und auch *Henoch* sagt, dass er ausnahmsweise eine hämorrhagische Diathese im Gefolge der acuten Miliartuberculose beobachtete. So lange die Diagnose Typhoid nur die Diagnose eines bestimmten Symptomencomplexes ist, wobei man die Voraussetzung macht, dass in den Gedärmen gewisse anatomische Abweichungen zu finden sind, der nämliche Symptomencomplex aber auch vorkommen kann ohne diese, oder mit ganz anderen anatomischen Läsionen, so lange müssen Irrthümer vorkommen und wird man, wie im vorliegenden Falle, erst durch die abnorm lange Dauer der Krankheit an Miliartuberculose denken. Selbst der Nachweis von Choroidealtuberkeln entscheidet die Sache nicht, indem nur die Section ausmachen kann, ob beide Krankheiten einander folgten oder ob die Miliartuberculose allein vorliegt.

588. ***Herzleiden der Kinder.*** *Von Dr.* ***Sturges.*** *(Lancet. 1894. 10. III. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 46.)*

Die Herzkrankheiten der Kinder sind bisher noch wenig beschrieben worden. Es liegt dies zum Theil an der Schwierigkeit, sie zu erkennen. Von den beiden hauptsächlichen Störungen, die die „Herzentzündung" Carditis (nach Verf.) ausmachen, ist zur Zeit nur die Pericarditis genauer studirt worden, wenig dagegen die Endocarditis. Verf. beschäftigte sich vornehmlich mit einigen schweren Formen der „Herzentzündung der Kinder", mit ihrem Charakter, ihren Symptomen, ihrer Aetiologie, Prognose und Therapie. Die physikalische Beobachtung des Kinderherzens ist dem Blick des Arztes gewissermassen zugängiger, weil die Dicke der Muskelwand, die Veränderungen der Lungen der Erwachsenen etc. noch fehlen. I. Unter 100 Fällen von kindlicher „Herzentzündung" bestand eine Complication mit Rheumatismus in 54 Fällen: 22 Knaben und 32 Mädchen; von den nicht rheumatischen Kindern waren 22 Knaben und 24 Mädchen. Das Alter der rheumatischen Kinder betrug: bei 2 Kindern 2—4 Jahre, bei 4 Kindern 4—6 Jahre, bei 6 Kindern 6 Jahre, bei 42 Kindern 6—12 Jahre. II. Andere Complicationen betrafen unter 138 Obductionsfällen besonders Tuberculose (bei Pericarditis), Empyem, Pneumonie und septische Zustände. Endocarditis allein befällt Kinder weit seltener, als Erwachsene; die wenigen Fälle waren meist mit Chorea combinirt. Die rheumatische Herzentzündung der Kinder ist meist Peri- wie Endocarditis, sie ist daher viel weniger von anderen Processen differencirbar und unterscheidet sich auch sonst wesentlich von dem gleichen Leiden der Erwachsenen. Häufig fehlt jedes Fieber, daher ist ihre directe Mortalität grösser. Verf. unterscheidet: 1. Eine „active Carditis rheumatica", die beim Erwachsenen selten ist und plötzlich entsteht, rapid verläuft und häufig letal endet. 2. Eine „passive Carditis rheumatica", welche der ersten in Bezug

auf physikalische Symptome ähnlich ist, jedoch nicht so stürmische Erscheinungen hervorruft; meist fehlen hier die „Herzangst“ und die Atemnoth, zu ihrer Entdeckung wird man meist durch die rheumatische Erkrankung geführt. Sie tritt am häufigsten bei dem acuten Rheumatismus der heranwachsenden Jugend auf, weniger bei kleinen Kindern. Da in diesem Falle die rheumatischen Beschwerden oft sehr schnell verschwinden, so entzieht sich auch die dann noch in voller Blüthe stehende Herzentzündung dem ärztlichen Beobachter; denn der Patient ist dann nicht mehr im Bett zu halten. 3. Die „chronische Carditis rheumatica“ besteht der Hauptsache nach in einem Herzbeutelerguss, sie verursacht selten grössere Störungen, ausser etwas Athemnoth. Die Prodromalerscheinungen der acuten Carditis beschränken sich durchaus nicht auf die Gelenke und variiren ausserordentlich. Bald fehlen Gelenksschmerzen, bald treten Dyspnoe und Herzangst, bald (nach überstandenem Rheumatismus) ein starkes Fieber oder besonders häufig Schweiss und Abzehrung auf. Die Mortalität ist sehr beträchtlich. Bei der Section fand sich enorme Dilatation und Hypertrophie namentlich des rechten Ventrikels und Vorhofes, leichte Granulationen an der Mitralis, totale Verwachsung des Herzbeutels vor. Während des Lebens konnten Affectionen des Pericard relativ selten festgestellt werden; es erklärt sich das zum Theil aus dem Umstand, dass häufig noch im Tode sich frische Adhäsionen bilden. Bei einem 4jährigen Mädchen, das unter den Erscheinungen eines Collapses zu Grunde ging, fand sich ausser der Pericarditis ein continuirliches, farbloses Gerinnsel, welches vom Herzohr durch die Tricuspis hindurch in den Ventrikel hineinreichte. Der Puls war in solchen Fällen klein und mässig gespannt. Was die frühzeitige Diagnose anlangt, so treten ganz im Beginn eine unruhige, ungleichmässige Herzthätigkeit, Herzschwäche, dann cerebrale Symptome (Delirium, beständiges Erbrechen, plötzliche Prostration) auf. Ist die Krise glücklich überstanden, so tritt die Genesung meist sehr schnell ein.

589. ***Gangraena cutis hysterica.*** *Von Dr. Friedr. Ehrl, I. Secundararzt am Linzer allgemeinen Krankenhause. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 18. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 50.)*

Bei einer 18jährigen Fabriksarbeiterin, die im sechsten Jahre Morbillen überstanden, zeigten sich von dieser Zeit an regelmässig im Spätherbste im Gesicht, an Brust, Händen und Füssen schmerzhafte Hautpartien, die sich rötheten und auf deren Grunde sich hanfkorngrosse, wasserhelle Bläschen bildeten, die am dritten oder vierten Tage Haselnussgrösse erreichten, platzten und dann bald verheilten. Auch an der rechten Gaumenhälfte bildeten sich solche Blasen, die gleichfalls rasch verschwanden, ohne Spuren zu hinterlassen. Mit 15 Jahren setzten die Menses als sehr profuse Blutungen ein, dauerten acht Tage, kehrten aber seither nicht wieder. Um diese Zeit bemerkte sie eine drei bis vier Wochen andauernde Röthung der rechten Gesichtshälfte, verbunden mit totaler Sensibilitätsstörung der betreffenden Partien, sowie der rechten Hälfte der Mundschleimhaut und der Conjunctiva derselben Seite. Seit dem 17. Lebensjahre leidet Patientin an häufig wiederkehrendem, heftigem linksseitigen Kopfschmerz und vermehrter Schweisssecretion auf der rechten Körperhälfte. Vom 28. September 1892



an gewannen die alljährlich wiederkehrenden Hautaffectionen eine von der vorher beschriebenen abweichende Form. Es zeigte sich nämlich neben ödematöser Schwellung der Lider des rechten Auges eine Röthung der Stirn- und der rechten Wangengegend, die nach einigen Tagen im Centrum erblasste, wo sich bald einzelne Partien schwärzlich verfärbten, später abstiessen, in Geschwürsbildung übergingen und allmälig vernarbten. Später traten dann am linken Vorderarm, über dem Sternum und unterhalb des linken Knies ähnliche Erscheinungen auf.

Dieses Krankheitsbild bot im Beginne für die Stellung der Diagnose grosse Schwierigkeiten. Dass es sich um eine Spontangangrän der Haut handle, welcher eine Allgemeinerkrankung zu Grunde liegen müsse, konnte jedoch mit Rücksicht auf den jahrelangen Verlauf und das multiple Auftreten kaum einem Zweifel unterliegen. Das bald einseitige, bald beiderseitige oder symmetrische Auftreten der Affection und das Ueberschreiten der Medianlinie liess auch Zweifel gegenüber der Berechtigung, das Leiden auf eine Erkrankung des Centralnervensystems, noch weniger aber auf eine reine periphere Nervenläsion zurückzuführen. Als aber schliesslich fortschreitende, sensible Lähmungen, Sehstörungen (Achromatopsie, Lichtscheu) und Aphonie sich dem Leiden zugesellten, kam Verf., indem er noch die Menstruationsstörungen, die bestehende Ovarialhyperästhesie, weiter die Röthung und Sensibilitätsstörung der rechten Gesichtshälfte, den halbseitigen Kopfschmerz und die vermehrte Schweisssecretion der einen Körperhälfte berücksichtigte, zu der Ueberzeugung, dass diesen beiden scheinbar gesonderten Krankheitsformen dasselbe ätiologische Moment zu Grunde liege, nämlich Hysterie. In einem Nachtrage theilt Verf. als Gegenstück zu dem eben besprochenen Falle die Krankengeschichte der 16jährigen Schwester der Erwähnten mit. Dieselbe fiel vor zwei Jahren mit dem Hinterkopfe auf das Eis, war eine Viertelstunde bewusstlos und erwachte unter Kopfschmerzen und Erbrechen. Seither leidet sie häufig an meist nach Mittag auftretenden heftigen stechenden Schmerzen im Hinterkopfe. Am 26. Februar 1894, als sie bei der Arbeit sass, fühlte sie plötzlich in der rechten Lendengegend einen heftigen Stich, der nicht lange anhielt, und bemerkte kurz darauf, dass sie das Empfindungsvermögen auf der rechten Körperhälfte verloren hatte. Tags darauf stellte sie sich im Spitale vor mit einer vierkreuzerstückgrossen schmerzhaften Röthe innerhalb der linken Mammilla. Die Röthung vergrösserte sich im Laufe der Tage auf circa 5 Cm. Durchmesser und bildete sich im Centrum ein hellbrauner Schorf. Am 9. März entstanden rothe hanfkorn- bis bohnengrosse Flecke über dem unteren Theile des Sternum, woselbst sich drei Tage später oberflächliche Schorfe differenzirten. Patientin hatte bisher nie Hautaffectionen durchgemacht, nie motorische oder sensible Störungen erlitten. Seit dem Falle vor zwei Jahren geringe linksseitige Schwerhörigkeit. Menses sind noch nicht aufgetreten. Keine vicariirenden Blutungen. Seit 14 Tagen auffallende Schweisssecretion auf der linken Körperseite. Bei der Untersuchung wurde Druckempfindlichkeit in der linken Ovarialgegend festgestellt. Die rechte Körperhälfte auf Berührung, Kneipen, Stiche und Tempe-



raturunterschiede vollkommen unempfindlich, ausgenommen die Bauchgegend, welche empfindlich erscheint.

590. ***Fall von peripherer Lähmung des Hypoglossus.*** *Von **Montesano**. (Bull. della soc. lancisiana degli ospedali di Roma 1892. Anno XIII. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 20.)*

Fälle von isolirter Lähmung des Nervus hypoglossus ohne nachweisbare Ursache sind eben so selten wie die sogenannten rheumatischen Lähmungen des Nervus facialis häufig sind. Verf. will in der ganzen Literatur nur einen derartigen Fall, von Prof. *Erb* beschrieben, gefunden haben. Der Kranke, abgesehen von einem Malariaanfall, den er vor langer Zeit überstanden, früher immer gesund, bemerkte nach einem Spaziergang einen leichten Schmerz im Halse, schlief darauf gut und am anderen Morgen hatte er ausserdem Störung in der Sprache und bei den Bewegungen der Zunge, namentlich beim Kauen. Die Untersuchung der Zunge ergab beim Anblick keine Veränderung, beim Anfühlen einen geringen Unterschied in der Consistenz zu Ungunsten der rechten Seite. Die Sprache ist erschwert, besonders das Aussprechen der Zungenconsonanten. Der Schmerz- und Tastsinn ist unverändert. Die Untersuchung mit dem elektrischen Strom ergibt Entartungsreaction in den Muskeln der rechten Zungenhälfte. Alle Muskeln des Gesichts, des Kiefers, des Pharynx und Larynx sind von normaler Function, ebenso die Reflexe und die Pupillenreaction Die Zungenspitze weicht beim Herausstrecken nach rechts ab wie bei Hemiplegie. Der Nachweis der Entartungsreaction lässt nur die beiden Möglichkeiten zu, dass der Process ein peripherischer ist oder vom Bulbärkern ausgeht. Das letztere ist darum unwahrscheinlich, weil sich die Erscheinungen so rein auf den Hypoglossus abgrenzen und keinerlei Bulbärnerven weiter betheiligt sind. Die Richtigkeit der Annahme eines peripherischen Ursprungs wird nach dem Verf. noch bewiesen durch den schnellen therapeutischen Erfolg nach Anwendung des galvanischen Stromes.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

591. ***Zur Anwendung des Antiphthisins.*** *Von **Edwin Klebs**. (Die causale Behandlung der Tuberculose, experimentelle und klinische Studien. Hamburg und Leipzig, Leopold Voss, 1894.)*

Bei der Behandlung der Tuberculose mit Antiphthisin erscheint es 1. zweckmässig, in allen Fällen den Organismus allmälig an den Gebrauch des Antiphthisins zu gewöhnen. In fieberhaften Fällen oder in solchen, in denen auch nach kleinen Gaben Fieber auftritt (durch Zerfall der Tuberkelbacillen und grosse Reizbarkeit oder reizbare Schwäche des Organismus bedingt), muss besonders sorgfältig jede Temperatursteigerung vermieden werden, welche durch das Mittel bedingt wird. Bei Zweifeln hierüber mache man eine Pause von 1—2 Tagen, um den ungestörten Verlauf des Falles zu ermitteln. Zeigt sich hierdurch, dass das Fieber von der Krankheit abhängt, so steigert man allmälig, aber consequent, die Dosis des Antiphthisins, um die volle entfiebernde



Wirkung desselben zur Geltung gelangen zu lassen. Anfangsgabe ist bei rectaler Injection eine Tuberculocidin-Einheit, nur in sehr verdächtigen Fällen (Miliartuberculose) 0·5 Tuberculocidin-Einheit. Maximalgabe vorläufig 200 Tuberculocidin-Einheiten im Tage für einen Erwachsenen von 58—70 Kgrm. Gewicht (3·5 für 1 Kgrm.). 2. Man soll täglich injiciren und dabei um 1—2 Tuberculocidin-Einheiten steigen, wenn nicht die Anwesenheit von Fieber ein längeres Verweilen auf der gleichen Dosis wünschenswerth erscheinen lässt. Zum Anfange bedient man sich am besten der zweifachen Concentration des Antiphthisins, welche man aus der Fabrik beziehen oder sich selbst anfertigen kann. Verf. hielt sich 25 Ccm. zweifacher Concentration vorräthig, hergestellt aus 5 Ccm. 10facher Concentration (= 50 Tuberculocidin-Einheiten), zu welchen 20 Ccm. 0·2%iger Orthokresollösung hinzugefügt werden. Von dieser Lösung werden demnach an aufeinanderfolgenden Tagen in den Mastdarm eingespritzt: $^1/_4$, $^1/_2$, 1, $1^1/_2$, 2, $2^1/_2$, 3, $3^1/_2$, 4 Ccm., welche entsprechen: $^1/_2$, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Tuberculocidin-Einheiten. 3. Während einer längeren Injectionsreihe lässt Verf. von Zeit zu Zeit einen Tag frei, um den Temperaturverlauf ohne Injection zu beobachten. Er nimmt im Monat gewöhnlich 25 Injectionen vor. 4. Zur localen Behandlung tuberculöser Infectionen der Lunge und des Larynx dient zweckmässig der Larynx. Um möglichst grosse Mengen Tuberculocidin in der Lunge zur Wirkung zu bringen, injicirt Verf. mit einer eigens construirten Kehlkopfspritze 1—2 Ccm. in den Kehlkopf in der Weise, dass der rasche Strahl die vordere Trachealwand trifft und sich hier sofort vertheilt. Verf. bemerkt, dass dies gerade die Gegend ist, an der die Tuberkelbacillen, welche mit dem Auswurf aus den Lungen herausbefördert werden, sich ansiedeln und zu Geschwürsbildungen Veranlassung geben. Bei Anfängen des Processes wird die gewünschte Tuberculocidin-Menge mit sterilisirtem Wasser, dem einige Tropfen 20%iger Cocainlösung zugesetzt wurden, als Spray in Anwendung gebracht.

Loebisch.

592. ***Fall von Vergiftung durch Chloralhydrat, Tod.*** *Von* ***S. Plummer.*** *(Lancet. 1894. Jänner. 6. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 11.)*

Ein 16jähriger Knabe kam 3 Stunden, nachdem er eine grössere Quantität, sicher über 30,0 Grm. Chloralhydrat auf nüchternen Magen genommen hatte, in Behandlung, starb nach fast 40 Stunden. Der Magen war leer, es bestand während der ganzen Beobachtung tiefe Bewusstlosigkeit, vollständige Anästhesie und Aufhebung der Reflexe, der Athem roch dauernd nach Chloroform, Conjunctiven und Lider waren injicirt, die Pupillen bis zuletzt verengt und ohne Reaction auf Lichteinfall. Daneben kühle Extremitäten, ein rascher, schwacher, irregulärer Puls, eine oberflächliche, sub finem den *Cheyne-Stokes*'schen Typus annehmende Respiration und Fieberbewegungen bis 39·4°. — Die Therapie bestand in Excitantien, in stundenlanger, oft wiederholter künstlicher Athmung, Elektrisiren der Brust, in Kaffee- und Cognaczufuhr in Rectum und Magen. Tracheotomie besserte vorübergehend die Respiration, ebenso waren O-Inhalationen von temporärem Erfolg, von Strychnin und dem wiederholt gegebenen Nitroglycerin war keine Wirkung zu sehen.

593. ***Erfahrungen über Resorption von pleuritischen Exsudaten nach der Probepunction.*** *Von Primarius Dr. Jordán. Vortrag im Verein der Spitalsärzte in Budapest. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 8.)*

Verf. entschloss sich bei 5 Fällen von Pleuritis mit Exsudat, die dringendere Abhilfe erheischten, verschiedene chirurgische Eingriffe zu versuchen; dabei kam er auf eine ganz zufällige Beobachtung: bei 4 Kranken trat nämlich zu gleicher Zeit eine plötzliche Steigerung der Harnabsonderung auf, manchmal bis über 2—3000 Ccm., die Verf. auf nichts Anderes, als auf die gemachte Probepunction zurückführen konnte. Zur Klärung des Zusammenhanges zwischen Probepunction und Diurese bei pleuritischen Exsudaten stellte er nun ausführliche Beobachtungen an. Von 40 Kranken waren seither 15 zur Probepunction geeignet. In allen Fällen war in 2—9 Tagen nach der Probepunction ein Steigen der Harnsecretion (von 200—800 bis 2000—5000 Ccm.) und eine Abnahme des Exsudates zu constatiren. Erwähnenswerth ist, dass keiner der Kranken in's Spital zurückkehrte, was früher öfters geschah, als Beweis, dass die Krankheit nicht wiederkehrte. Die Beobachtungen beziehen sich auf die Mittelmässigkeit übersteigende Fälle genuiner Pleuritis. In 12 Fällen war das seröse Exsudat chronisch, in 3 Fällen acut, darunter einmal bei einem Herzkranken durch einen Infarct entstanden und blutig. Zur Erklärung des Zusammenhanges zwischen Probepunction und Diurese könnte man nur zwei Umstände heranziehen: 1. die traumatische Wirkung, 2. die Verminderung des Exsudats um 1 Ccm. Doch kann die geringe Menge eines Cubikcentimeters im Verhältnisse der oft grossen Exsudatmenge als ein die Resorptionsverhältnisse verbessernder Umstand kaum ernst in Betracht kommen. Es bleibt demnach nichts Anderes übrig, als die Steigerung der Resorption auf den durch die *Pravaz*'sche Spritze auf die Pleura ausgeübten Reiz zurückzuführen. Eine Analogie dafür dürfte vielleicht die Heilung des tuberculösen Ascites nach Laparotomie abgeben, deren Ursprung man auch dem traumatischen Reize zuschreiben will.

594. ***Eine eigenartige Nebenwirkung nach längeren subcutanen Morphiuminjectionen.*** *Von Dr. Koberlet. (Der prakt. Arzt. 1894. 4.)*

Vor vier Monaten war Verf. in Folge eines äusserst schmerzhaften Unterleibsleidens und dadurch verursachter hartnäckiger Schlaflosigkeit gezwungen, sich Morphium (0·3 : 10·0) Abends zu injiciren, dem auch eine sofortige Beseitigung genannter Symptome folgte. Nach etwa Monatsfrist musste er zur Erzielung eines gleichen Resultates zu einer Steigerung der bisherigen Morphiumdosis auf 0·4 : 10·0 übergehen. Sobald er hiervon eine volle *Pravaz*sche Spritze injicirt hatte, trat nach wenigen Minuten eine congestive Hyperämie der Haut auf, welcher nur zu bald ein derartiges über die ganze Körperoberfläche sich verbreitendes Jucken folgte, dass er beide Hände in Thätigkeit setzen musste, um dasselbe durch Reiben zu beseitigen und die durch die Einwirkung des Morphiums auf die feinen Nervenendigungen entstandene qualvolle Dermatose zu beschwichtigen. Das Auftreten dieser Nebenwirkung, mit dem Eintritte der Morphiumeinspritzung beginnend,



liess erst gegen Morgen nach und war keine vorübergehende, sondern stete Begleiterin derselben. Das mehr oder minder rasche, das stärkere oder schwächere Auftreten des Hautjuckens wurde seitdem für Verf. ein sicherer Massstab für die zu erwartende Morphiumwirkung. Der Zustand erlaubte nun noch nicht, dass Verf. die subcutanen Einspritzungen ganz aufgab, und so musste er auf ein Mittel gegen diese auf die Hautnerven sich ausdehnende lästige Wirkung des Morphiums sinnen; er fand ein solches in dem Cocain. Setzte er von einer Cocainlösung (0·1 : 5·0) ½ Spritze voll zu der Morphiumlösung, so blieb das Jucken sofort aus, aber zugleich liess auch die Wirkung des Morphiums nicht allein länger, als sonst, auf sich warten, sondern büsste auch an Stärke bedeutend ein, so dass erst nach 1—2 Stunden höchstens ein wonniges Schlummergefühl, aber kein Schlaf, eintrat. Er durfte nur 3 bis 4 Tropfen zusetzen, wenn beide Wirkungen, die des Morphiums (Schlaf) und die des Cocains (Beseitigung der Hautaffection), in erwünschtem Masse zur Geltung kommen sollten.

595. ***Subcutane Injectionen von Magnesiumsulfat als Purgativum.*** *Von Dr. **Percy Wade.** (Med. a. Surg. Reporter. 1894. 4. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 48.)*

Die Thatsache, dass Magnesiumsulfat, in die Venen injicirt, abführend wirkt, ist seit den Versuchen *Claude Bernard's* bekannt. Nach *Luton* bedarf es zu einer Wirkung einer subcutanen Injection von 10 Grm. Um eine genauere klinische Beobachtung zu erzielen, wurden 46 an habitueller Stuhlverstopfung leidende Patienten, die sonst 60—90 Grm. einer gesättigten Lösung bedurften, um Stuhl zu erzielen, ausgewählt und subcutan behandelt. Hierzu nahm man eine 2%ige sterilisirte Lösung. Die Subcutanspritze enthielt 8 Grm. und lag, wenn nicht gebraucht, in Carbolöl. Kurz vor dem Gebrauch wurde die Nadel in Dampf sterilisirt. Die Dosen variirten zwischen 11 und 27 Grm. Die kleinste Dosis kam zuerst zur Anwendung und die nächstfolgende wurde um 0·03 vermehrt. Die stärkste Dosis wurde bei einer Frau angewendet, bei der eine gesättigte Lösung ven 60 Grm. Magnesiumsulfat keine Entleerung brachte. Die Subcutanbehandlung führte in 7 Stunden Stuhl herbei. Die zur Injection gewählte Stelle war die Aussenseite des linken Oberarms. Niemals zeigte sich eine locale Reaction; eine durch die Injection in das Bindegewebe verursachte kleine Schwellung und geringe Empfindlichkeit verschwand nach wenigen Stunden. An den 46 Patienten wurden 100 Injectionen ausgeführt und diese waren 67mal von Erfolg begleitet, 33mal ohne Erfolg; 53 Injectionen erzielten eine Ausleerung, 10 zwei, 4 drei Ausleerungen. Nur bei zwei Patienten konnte man niemals eine Entleerung herbeiführen; beide waren melancholisch mit habitueller Obstipation, die fast allen Mitteln widerstand. Eine kleine Dosis, innerhalb kurzer Zeit wiederholt, hatte einen besseren Effect als eine einzige grössere Dosis In zehn Fällen wurde ein Vergleich zwischen der Subcutanwirkung und der per os angestellt; es zeigte sich, dass 7mal nach der ersteren eine freie Entleerung erzielt wurde, während das im zweiten Fall nur 3mal eintrat. Die kürzeste Zeitdauer zwischen Injection und Wirkung betrug 3 Stunden, die längste 14 Stunden. In 45 Fällen war der Stuhl wässerig, in 11 schleimig



und in weiteren 11 normal. Das Allgemeinbefinden war niemals gestört worden. Wo Reizzustände im Magen bestehen, ist das Mittel subcutan anzuwenden. Eine Erklärung der physiologischen Wirkung steht noch aus. Es kann sich nicht um Suggestion handeln, da die Patienten nicht wussten, zu welchem Zweck die Injectionen gemacht wurden.

596. ***Der Zucker in der Behandlung von Wehenschwäche im Verlaufe der Entbindung.*** *Von **Mosso** und **Pavlotti.** Sitzung der Société méd. des hopit. vom 9. Februar. 1894. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 38.)*

Nach einer von den Verff. aufgestellten Hypothese, welche dahingeht, dass die interne Anwendung des Zuckers. welcher eine excitirende Einwirkung auf die gestreiften Muskelfasern ausübt. auch für die Uterusmuskeln als Excitans sich verwerthen lässt. hat *Bossi*, Privatdocent an der medicinischen Facultät zu Genua. auf die Idee gebracht, den Zucker in allen denjenigen Fällen therapeutisch zu verwenden, in welchen im Verlauf der Entbindung Wehenschwäche eintritt. Er fand. soweit es sich wenigstens bis jetzt aus einer allerdings nur geringen Anzahl von Beobachtungen schliessen lässt, dass in der That der Zucker eine lebhafte excitirende Einwirkung auf die Uterusmusculatur besitzt. Alle die unangenehmen Nebenerscheinungen des Ergotin und seiner Präparate fehlen ihm. In 12 Fällen von Wehenschwäche im Verlaufe der Entbindung wurden 30 Grm. Zucker in 250 Grm. Wasser gelöst und den Kreissenden gegeben. Bei 10 von ihnen traten sehr bald Uteruscontractionen auf. Diese Wehen anregende Wirkung des Zuckers tritt im Laufe von 25—45 Minuten nach Verabreichung des Medicaments auf. In einer Anzahl von Fällen dauert sie hinlänglich lange, um die Ausstossung des Kindes wesentlich zu begünstigen. Andererseits gab es auch Fälle, in welchen man eine zweite Dosis von 30 Grm. geben musste, und zwar eine Stunde nach der ersten, um die Beendigung der Geburt herbeizuführen. Die durch die Verabreichung des Zuckers herbeigeführten Contractionen hatten stets eine gewisse Regelmässigkeit, niemals den Charakter des Tetanischen. Unter der Voraussetzung, dass diese Beobachtungen richtig sind, würde sich im Zucker ein werthvolles therapeutisches Mittel für den entbindenden Arzt ergeben. welches besonders in der Landpraxis ausgedehnte Verwendung finden dürfte.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

597. ***Ueber die Wirkung und kriegschirurgische Bedeutung der neuen Handfeuerwaffen.*** *Von Oberstabsarzt **Schjerning** in Berlin. (Intern. Congress in Rom.)*

Durch Schüsse. welche aus 8. 6 und 5 Mm. calibrigen Gewehren in der Distanz von 50—2000 M. auf mit Thierblutserum und Wichersheimer Flüssigkeit injicirte Körpertheile abgegeben wurden. gewann *Schjerning* über 1000 Präparate. Eine Deformation der Mantelgeschosse (Stahlmantel mit Hartbleikorn) wurde bis zur Distanz von 1200 M. in 14% der Knochenschüsse beobachtet. Erst



bei 1600 M. war bei Knochenschüssen die Deformation des Geschosses mehr nachzuweisen. Auch bei Weichtheilschüssen fehlte dieselbe stets. Nicht deformirte Geschosse blieben nur in 4 Versuchen bei der Distanz von 1600—2000 M. stecken, dagegen blieben in 46 Fällen Mantelreste und zersprengte Bleitheile im Wundcanale zurück. Conform allen früheren Beobachtungen wurden auch von *Schjerning* die Hautausschussöffnung grösser als die Einschussöffnung, die Knochenausschussöffnungen grösser als die Hautausschüsse gefunden. Blutgefässe werden relativ häufig (noch in einer Distanz von 1000 M. auch durch blosse Streifschüsse) durchtrennt, das Herz zeigt häufig Lochschüsse. Lungen, Leber, Magen, Darm und Blase wurden auf jede Entfernung schwer verletzt. Schädelschüsse ergeben erst von 1600 M. ab, sicher erst von 2000 M. an, reine Lochschüsse, in geringeren Entfernungen wurde jeder getroffene Schädel zertrümmert. Sehr interessant, und wie bei den Schädelverletzungen von den Ergebnissen früherer Versuche (welche mit refractirten Patronen und kleineren Distanzen stattfanden) oft wesentlich abweichend, gestalten sich die Schussverletzungen der Knochen. Bis 600 M. zersplittern Knochen vollkommen, erst in grösseren Distanzen kommen Lochschüsse mit radiären Fissuren (aber mit erhaltenem Periost) vor, bis 1200 M. finden sich stets Knochensplitter hinter dem durchschlagenen Knochen im Gewebe eingesprengt. Auch in 1600, ja in 2000 M. kommt noch Knochensplitterung mit Einsprengung der Splitter in die umgebenden Weichtheile vor. „Humaner" wird also das neue Geschoss in dem nächsten Kriege sich nicht erweisen, die Verletzungen werden im Allgemeinen häufiger und schwerer und die Thätigkeit und Verantwortlichkeit des Arztes eine weit grössere sein als in allen früheren Kriegen, namentlich wird das Hauptgewicht darauf gelegt werden müssen, dass die Wunden so lange aseptisch gehalten werden, bis sie in geregelte ärztliche Behandlung übergehen, was bei der Kleinheit der äusseren Wunden jedenfalls bedeutend leichter erreicht werden kann. *Rochelt.*

598. ***Zur Technik der vaginalen Uterusexstirpation.*** *Von **Abel**, Berlin. (Arch. f. Gyn. Bd. XLVI, Heft 1, pag. 166.)*

Die Exstirpation des carcinomatösen Uterus auf dem Wege der Laparotomie, wie sie *Freund* ersann, ist ihrer grossen Gefährlichkeit wegen verlassen und wird heute nur die Exstirpation von der Vagina aus ausgeführt, die ein Mortalitätsprocent von etwa 10 ergibt. Meinungsdifferenzen bestehen nur darin, ob die Wunde verschlossen oder offen gelassen werden soll. Neu in Bezug auf die Technik und Nachbehandlung ist das *Richelot*'sche Verfahren, bei dem nichts ab- oder unterbunden wird, sondern nur Klemmen angelegt werden und liegen bleiben und bei dem die Peritonealwunde offen gelassen werden muss. Dieses Verfahren fand in Deutschland ausser in *L. Landau* und Verf. keine weiteren Anhänger, trotzdem es der Ab- und Unterbindung gegenüber nach vielen Richtungen hin einen bedeutenden Fortschritt bedeutet. Die Umstechung der Ligamenti ist sehr schwierig und dauert sehr lange. Oft muss man hierbei hoch oben im Blinden unter Leitung der Finger die Blutung stillen und nicht so selten gleitet die Ligatur ab, was so viel wie eine letale Nachblutung bedeutet. Gar häufig finden



Nebenverletzungen statt, wie Verletzungen der Blase, Mitfassen des Ureters u. dergl. m. Ausserdem folgen dieser Methode sehr häufig Recidiven. Häufig ist eine Nachblutung dadurch bedingt, dass die heruntergezogene Partie bei Durchschneidung nicht blutet. Sobald dieselbe durchtrennt ist, schnellt die zurückbleibende Hälfte nach aufwärts zurück und das durch die Zerrung der Gewebe unwegsam gewesene Blutgefäss wird wieder wegsam und blutet. Alles dies entfällt bei der Klemmemethode. Bevor durchtrennt wird, wird abgeklemmt und 1—2 Cm. weit aussen von der Klemme wird das Gewebe durchtrennt, worauf die Klemme liegen bleibt. Verf. stülpt sich den Uterus nach seiner Freimachung nach vorn und nicht nach hinten um. Der Uterus wird vor die Vulva gebracht und erst hier draussen unter Leitung des Auges von den Ligamenten abgeklemmt und durchtrennt. Dadurch vermeidet man Nebenverletzungen am ehesten. Nach Exstirpation des Uterus kommt ein langer Jodoformgazestreifen in die Vagina und werden in dessen aussenliegenden Enden die Klemmen eingewickelt. Die Kranke erhält 24 Stunden nichts zu essen und zu trinken und auch kein Opium. Nach 48 Stunden werden die Klemmen entfernt. Am 7. Tage erhält die Kranke Ricinus und am 21. verlässt sie das Bett. Nachblutungen erfolgen höchst selten und wird bei ihnen tamponirt. Späte solche scheinen durch Tubenmenstruation und consecutive Tubenberstung bedingt zu sein. Wichtig sind gutgebaute, nicht zu schwere Klemmzangen und sind Pariser solche den deutschen vorzuziehen. Die *Richelot*'sche ist technisch leichter ausführbar, als die allgemein übliche Operationsmethode, allerdings aber muss man eine gewisse Fertigkeit erlangt haben. Die ganze Uterusexstirpation führt man in 10—20 Minuten aus. Verf. findet, dass das Mortalitätsprocent, entnommen aus 93 Fällen, nur 5·4 beträgt. Die Dauererfolge sind günstiger als bei der Ab- und Unterbindung, weil neben der Klemme ein Gewebsstreifen von 1—2 Cm. Breite zurückbleibt, der später necrotisch abfällt. Man arbeitet daher mehr im gesunden Gewebe als bei der sonst üblichen Methode. Die *Richelot*'sche Operationsmethode ermöglicht, auch dort zu operiren, wo man dies nach der allgemein üblichen wegen bereits zu weit vorgeschrittener Erkrankung (Fixation des Uterus, Ergriffensein der Ligamenta lata etc.) nicht mehr möglich ist. Aus allen diesen Gründen hält Verf. die *Richelot*'sche Operationsmethode für einen besonderen Fortschritt der operativen Technik, der aber leider in Deutschland keine Anerkennung findet.

Kleinwächter.

599. ***Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Glycerinstäbchen.*** *Von Dr.* ***Theilhaber****, München. (Centralbl. f. Gyn. 20. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 50.)*

Verf. glaubt nicht, dass das von *Pelzer* vorgeschlagene Verfahren, die künstliche Frühgeburt durch Injection von sterilisirtem Glycerin zwischen Eihäute und Uterus hervorzurufen, viele Anhänger finden wird. Es wurde zwar von *Clifton* und *Jennett* mit gutem Erfolge nachgeahmt, aber bei der Anwendung in der Münchener Klinik trat Schüttelfrost, Fieber und Erbrechen ein. Der Harn enthielt Hämoglobin, Methämoglobin und Hämatoporphyrin. Auch *Pfannenstiel* räth dringend von dem *Pelzer*'schen Verfahren ab,



weil es Fieber und Blutharn verursache. Es ist nur eine Modification der *Cohen*'schen Methode der Theerwasserinjection, bei welcher ebenfalls Fieber, Schüttelfrost, Dyspnoe, Collapszustände und Luftembolie eintrat. Verf. sieht die Wirkung des Glycerins nicht darin, dass der Fruchtblase der grösste Theil der Flüssigkeit entzogen wird, sondern in der chemischen Reizung der Uterusinnenfläche. wodurch, ähnlich wie bei Injection des Glycerins in's Rectum, Hyperämie und Oedem der Schleimhaut und Exsudation in die Rectalhöhle, also ein ganz acuter rasch vorübergehender Mastdarmcatarrh und als Folge desselben vermehrte Peristaltik des Rectums entsteht, so auch die Contractionen des Uterus ausgelöst würden. Als einfachste und unschädlichste Art, das Glycerin mit der Uterusinnenfläche in Berührung zu bringen, empfiehlt Verf. dünne Feinbeinstäbchen, die mit einer dünnen Schicht 0·1% Sublimatcollodium überzogen sind, über welche sich eine Mischung von 5·0, respective 7·5 Glycerin und Gelatine mit 0·2 Trikresol befindet. Diese Stäbchen sind in Wachspapier verpackt, das mit 3% Trikresolvaseline bestrichen ist. Verf. beschreibt ausführlich einen Fall, bei welchem er diese Stäbchen mit sehr gutem Erfolg ohne irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen anwandte. Er verwahrt sich dagegen, dass seine Methode nur eine veränderte Auflage der *Krause*'schen Methode sei, und hält dieselbe mindestens für eine verbesserte Bougiebehandlung, da sich zu dem mechanischen Reiz noch der chemische hinzuaddire. Den Hauptvortheil sieht Verf. in der absoluten Harmlosigkeit des Eingriffs, welcher bei der geringen Menge des Glycerins ebensowenig Schaden bringen könne. wie die rectale Application der *Oidtmann*'schen Spritze Nachtheile für das Allgemeinbefinden verursache.

600. ***Ueber Natur, Häufigkeit und Ursachen der bei Kropfkranken vorkommenden plötzlichen Erstickungsanfälle.*** *Von Prof. Socin. Vortrag in der Sitzung der medicinischen Gesellschaft in Basel. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894, pag. 222.)*

Verf. theilt die Ansicht *Krönlein's*, dass solche Erstickungsanfälle mit und ohne chronische Dyspnoe auftreten können und zunächst einer plötzlichen Zunahme der Tracheostenose zuzuschreiben sind. Letztere selbst ist weniger durch eine acute Volumsvermehrung der Kropfgeschwulst bedingt, als die Folge einer verstärkten Action der constant hypertrophirten inspiratorischen Halsmuskeln. Bei der Behandlung ist die Tracheotomie möglichst zu vermeiden; ein ohne Narcose rasch ausgeführter Querschnitt, die Durchschneidung der Muskeln, und das Herausheben der ganzen Schilddrüse zur Wunde heraus beseitigt die unmittelbare Lebensgefahr. — Man kann dann in aller Ruhe, mit oder ohne Narcose, zur Exstirpation derjenigen Schilddrüsentheile schreiten, welche man für die Tracheostenose verantwortlich macht. In der Regel ist dies die umfangreichere eine Hälfte, jedoch sind Täuschungen möglich, so dass beim Zurücklegen der nicht entfernten Drüsentheile die Erscheinungen der Stenose in beunruhigender Weise sich wieder einstellen können. In solchen Fällen kann man sich dadurch helfen, dass man die Reste der kropfigen Schilddrüse gar nicht reponirt, sondern in der offen zu lassenden Wunde ektopirt lässt.



Es tritt eine rasche Schrumpfung der an der Luft gelassenen Gewebspartien ein, über welche die aseptisch gehaltene Wunde sich langsam schliesst, ohne eine sehr auffallende Narbe zu hinterlassen. Diese Schrumpfung und Atrophie der „an die Luft gesetzten“ Kröpfe ist jedenfalls eine höchst interessante Thatsache. Für den suffocativen Kropf ist diese Behandlungsweise jedenfalls der immer noch viel geübten Tracheotomie vorzuziehen. Sie beseitigt die drohende Erstickungsgefahr ebenso prompt, und erlaubt eine absolut aseptische Wundversorgung, welche bei Anwesenheit einer Trachealcanüle selten vollständig gelingt. Dazu kommt es zuweilen vor, dass das Decanüliren grosse Schwierigkeiten bereitet, indem trotz ausgedehnter Kropfexstirpation die Athemnoth sich sofort oder wenige Tage nach Entfernung der Canüle wieder einstellt. Die schrumpfenden Drüsentheile scheinen der leicht eindrückbaren Luftröhre eine äussere Stütze zu gewähren und wirken gleichsam wie eine Schiene. — Das Verfahren ist übrigens nicht neu und bereits unter dem Namen Exothyropexie von Dr. *Jaboulay*. Assistenten von Prof. *Poncet* in Lyon, schon geübt und beschrieben worden.

601. ***Versuche über Verlässlichkeit der Sterilisationsmassnahmen für die Instrumente und Verbandstoffe.*** *Von Dr.* ***A. Pichler.*** *Aus der ophthalmologischen Klinik der Universität Innsbruck. (Centralbl. f. Chir. 1894. 16. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 22.)*

Veranlasst durch den Zweifel, ob das allgemein angenommene physikalische Desinfectionsverfahren auch für Orte, wo der Siedepunkt des Wassers wesentlich unter 100° liegt, genügend sei oder ob das Sterilisationsverfahren für Innsbruck z. B. einer Abänderung bedürfe, hat Verf. entsprechende Versuche angestellt, die ergaben, dass die Abtödtung von Infectionskeimen auch durch kochendes Wasser, respective strömenden Wasserdampf von 97·3° möglich sei, vorausgesetzt, dass dem Wasserdampf ein leichtes gutes Durchströmen gestattet ist. (Milzbrandsporen in einer Glasschale erwiesen sich nach 2stündlicher Sterilisation mit strömendem Wasserdampf noch lebensfähig, in siebartig durchlöchertem Blechgefäss erfolgte auch deren Vernichtung anstandslos, während das Auskochen mit 1%iger kochender Sodalösung nicht genügte.) Zur Desinfection von Spritzen genügt (für gewöhnliche Eiterorganismen) ein einmaliges Durchspritzen von kochendem Wasser, die Canüle (aus Platiniridium) wird durch Auskochen sterilisirt.

Laryngologie und Otiatrik.

602. ***Zur Behandlung der Gelenkbrüche.*** *Von Dr.* ***P. Klemm.*** *(Sammlung klin. Vorträge N. F. 78. Leipzig, Breitkopf & Härtel. — Centralbl. f. Chir. 1894. 12.)*

„Ruhe dem gebrochenen Knochen, Bewegung dem Gelenke, den Muskeln, Sehnen und Fascien“, — mit diesen Worten lassen sich die Bestrebungen kurz zusammenfassen, die in dem *A. v. Bergmann*'schen Krankenhause in Riga bei der Behandlung der Gelenk-



und paraarticulären Fracturen letzter Zeit geltend gewesen sind, eine Behandlungsweise, wie sie in Würdigung der bei jenen Brüchen in der Gelenkhöhle und den sie umgebenden Theilen (Fascien, Sehnen, Muskeln und Nerven) auftretenden pathologischen Störungen jetzt mehr und mehr als richtig und nothwendig anerkannt wird. Im Allgemeinen wird die Behandlung für Fortschaffung des intraarticulären Blutergusses und Verhütung der schädlichen Folgen desselben durch Massage-Compression, sowie active und passive Bewegungen, bei Ruhigstellung des Gelenks in passenden Schienen für die ersten Tage sorgen. Im Einzelnen ist in Kürze Folgendes zu beachten: 1. Brüche der Kniescheibe: Mässige Massage der von der Fractur central gelegenen Partien, danach Anlegung einer Heftpflastertestudo um das durch Watte vor Druck geschützte Gelenk, Hochlagerung in *Volkmann*'scher Schiene. Abnahme des Verbandes nach 3—4 Tagen, Massage und Bewegungsversuche täglich. Umhergehenlassen zwischen 3.—4. Woche. Heilung durch fibröse Vereinigung der Fragmente mit geringer Diastase bis höchstens 1 Cm. bei recht guter Function des Gelenkes innerhalb 35 Tagen. Nur in seltenen Fällen von totaler Zerreissung des ganzen Bandapparates mit sehr grosser Diastase der Bruchstücke, beziehungsweise bei äusserer Wunde Naht der Bruchstücke. 2. Ellbogengelenksbrüche werden in ähnlicher Weise behandelt. Reposition der Fragmente in Extensionsstellung des Gelenks bei supinirtem Vorderarm, Massage, comprimirende Bindeneinwicklungen, Lagerung auf dicker Pappschiene in gestreckter Stellung. Nach 6—7 Tagen Massage, leicht passive Bewegungen, Anlegung einer Winkelschiene (100°). Täglich Massage etc. Heilung in circa 5 Wochen. 3. Knöchelbrüche: Nach Reposition Massage des Gelenks und der angrenzenden Weichtheile, Bindeneinwicklung, Pappverband in rechtwinklicher, nicht adducirter Stellung. Nach 4 bis 6 Tagen wird letzterer entfernt, massirt etc.; bei Neigung zu Verschiebung der Fragmente längere Ruhigstellung. Durchschnittliche Heilungsdauer 3½ Wochen. 4. Radiusbrüche am unteren Ende wurden in circa 3 Wochen mit bestem Resultat zur Heilung gebracht. Fixation auf dicker Pappschiene bei vollständig supinirtem Vorderarm ohne Ulnarflexion der Hand etc. 5. Schenkelhalsbrüche: Extension für circa 2 Wochen bei täglicher Massage. Nachher *Thomas*'scher Stützapparat zum Umhergehen. Nachts Extensionsverband. 6. Oberarmbrüche im Schultergelenk: Sofort Massage und passive Bewegungen bei nur in Mitella gelagertem Arm.

603. ***Beitrag zur Pathogenese der Kehlkopfaffectionen bei Typhus.*** *Von Dr. L. Lucatello, Assistent der med. Klinik zu Genua. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 16.)*

Die Erkrankungen des Kehlkopfs, welche bei Typhus vorkommen oder demselben folgen können, sind vielfache: Catarrh, Erosionen, Infiltrationen, Geschwüre, Diphtheritis, Perichondritis und Paralyse. Es ist die Frage offen, ob diese verschiedenen Kehlkopfaffectionen, den Catarrh mit inbegriffen, als wirkliche und eigenthümliche Localisationen des typhogenen Virus anzusehen sind, ähnlich denen des Darms, oder ob sie vielmehr nebensächliche Complicationen der Krankheit darstellen. Verf. hat diese Frage durch eine systematische Folge von histologischen, bacterio-

logischen und experimentellen Untersuchungen an einem interessanten, in der Klinik beobachteten Fall von Typhus zu beantworten gesucht. Die klinische Diagnose wird durch zwei entscheidende Befunde vollständig sichergestellt: 1. Durch die Constatirung des Bacillus *Eberth-Gaffky* im Munde, am 10. Tage der Krankheit. 2. Durch das Resultat der Necroskopie, welche, abgesehen von den charakteristischen Veränderungen der Milz, Eingeweide, der mesenterialen Drüsen etc., d. h. den Charakteristicis einer typhösen Infection, das Vorhandensein einer röthlich-grauen Hepatisation des oberen Lappens der rechten Lunge und eines Kehlkopfcatarrhs ergaben. Die Untersuchungen des Verf.'s haben an dem intra vitam et post mortem gesammelten Material das Vorhandensein des Bacillus *Eberth-Gaffky* im Speichel am 12 Tage der Krankheit und ausserdem das Vorhandensein desselben Mikroorganismus in der entzündeten Mucosa des Kehlkopfs festgestellt. So wurde zum ersten Male durch diese Beobachtung der Nachweis einer zweifellosen Localisation des Bacillus Typhi im Kehlkopf sichergestellt, und muss man sich heutzutage über die Pathogenese der Kehlkopfaffectionen beim Typhus die Anschauung bilden, dass die Processe, welche die Drüsenschicht eventuell bis zur Geschwürsbildung befallen, ausschliesslich dem specifischen Mikroben des Typhus zugeschrieben werden müssen. Die dazutretende Zerstörung der Mucosa macht die Ansiedelung anderer Mikroorganismen möglich — darunter auch der pyogenen — und so bilden sich zwischen Knorpelhaut Knorpelabscesse, die ohne Zweifel den secundären Infectionen zuzuschreiben sind. Auf diese Weise erklären sich auch die negativen Resultate, welche bei der Untersuchung von Geschwüren. Abscessen, den perichondritischen Herden u. s. w. mit Bezug auf das Vorhandensein des specifischen Typhusbacillus angegeben worden sind.

604. ***Ueber die Differentialdiagnose zwischen Trachom und Follicularcatarrh vom klinischen Standpunkte.*** *Von Dr. Ljubinski. (Vortrag am V. Congress russischer Aerzte. (Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 12.)*

Der Follicularcatarrh schwindet oft rasch nach Beseitigung der äusseren Schädlichkeiten, welche ihn hervorrufen, so auch bei Beobachtung grösserer Reinlichkeit. Die Follikel sitzen in einer im Uebrigen fast normalen Conjunctiva. In vernachlässigten Fällen können sie aber auch ulceriren und zu oberflächlicher Narbenbildung führen. Immer aber fehlt beim Follicularcatarrh die adenoide Infiltration der Conjunctiva; diese ist charakteristisch für das Trachom, bei welchem die Follikel sich ausserdem meist gleichzeitig an verschiedenen Stellen der Conjunctiva, nicht nur an den Uebergangsfalten entwickeln. Ein weiteres Charakteristicum des Trachoms ist die Wucherung des Papillarkörpers, welche Vortr. für die Bildung tiefer Narben verantwortlich macht.

605. ***Acute cerebrale Amaurose in der Kindheit.*** *Von Dr. **William Gay**. (The Royal London ophthalm. hosp. reports. 1893. December. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1894. Mai.)*

6 Krankengeschichten von Kindern im Alter von 7 Monaten bis zu 3 Jahren, die an Meningitis erkrankt waren; in einem Fall war Otitis media vorhergegangen (mit Facialisparese), in einem

anderen Pleuro-Pneumonie, in dreien liess sich keine Ursache nachweisen, in einem endlich soll nach Angabe der Mutter Scharlach (?) vorhergegangen sein. In allen 6 Fällen hatte sich während der meningitischen Erscheinungen plötzliche Erblindung eingestellt. in 4 Fällen war der Augenspiegelbefund normal und das Sehvermögen bald wieder vorhanden; in zweien dagegen zeigte sich ausgeprägter, beziehungsweise beginnender Sehnervenschwund mit dauernder Blindheit; im letzteren Falle entwickelte sich auch starker Hydrocephalus; in einem Falle zeigten die Krämpfe halbseitigen *Jackson*'schen Typus. Verf. führt die Erblindung auf retrobulbäre Neuritis in Folge Basilarmeningitis zurück, die ohne weitere Veränderung heilen oder aber in Atrophie übergehen kann. Anhangsweise wird eine Neuritis mitgetheilt bei einem 7jährigen Kinde mit cerebralen Symptomen, das trotzdem volle Sehschärfe hatte und nach kurzer Zeit auch ophthalmoskopisch wieder völlig normal war, als Beweis dafür, dass Neuritis spurlos heilen kann.

606. ***Fremdkörper in der Orbita als Erreger von Tetanus.*** *Von* ***Paul Marx.*** *(Inaug.-Dissert. Berlin 1893. — Centralbl. f. Augenhk. 1894. Mai.)*

Einem Knaben wurde mit einer Bohnenstange in's rechte Auge gestossen. Nach 5 Tagen erst der kgl. Klinik zugeführt. zeigte er starke Chemosis, Xerosis cornea in Folge mangelnden Lidschlusses, erhebliche Lidschwellung, sowie am Oberlid eine oberflächlich verklebte Wunde. 2 Tage später wird dieses ausgiebig gespalten, aus der Tiefe übelriechender Eiter und 2 Holzstückchen von $2^1/_2$, beziehungsweise $1^1/_2$ Cm. Länge und $^1/_2$ Cm. Breite entfernt. Trotz Drainage musste nach 2 Tagen nochmals gespalten werden, wobei sich die Wunde diphtherisch belegt zeigt; es wird am Unterlid Gegenincision gemacht, am nächsten Tage der Bulbus entfernt. Pat. ist fieberlos, doch ist Kiefersperre und rechtsseitige Facialisparese eingetreten; beides nimmt zu und nach 6 Tagen zeigt sich leichte Nackenstarre, Unbeweglichkeit des linken Bulbus mit erhaltener Pupillarreaction. endlich auch Schluckbeschwerden; einige Tage darauf heftige Streckkrämpfe (Opisthotonus); Temperatursteigerung tritt nicht ein. Nach 4 Wochen geheilt entlassen, stellt er sich einige Monate später in ganz gesundem Zustande wieder vor. Verf. konnte in der Literatur nur zwei derartige Fälle finden; beide Male waren auch Holzsplitter die Ursache. Oculomotoriuslähmung bei Kopftetanus fand er auch nur bei 2 Fällen erwähnt; dagegen ist die Facialisparese dabei häufiger.

607. ***Alveolärsarcom des weichen Gaumens.*** *Von* ***Ad. Schmitt.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1894. 10. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 23.)*

Bei dem 12jährigen Patienten wurde $1^1/_2$ Jahr vor der Aufnahme zufällig eine kaum erbsengrosse Geschwulst am Gaumen entdeckt, die nach mehrfachen Abtragungen immer schnell recidivirte. Verf. fand auf der linken Hälfte des weichen Gaumens eine 2 Cm. lange, $1^1/_2$ Cm. breite, $^1/_2$ Cm. hohe, annähernd sagittal gestellte Geschwulst von intensiv rother Farbe und deutlich gekörnter Oberfläche. Der Ueberzug der Geschwulst war im Allgemeinen glänzend und machte den Eindruck einer stark hyper-



ämischen Schleimhaut, die aber schon bei leisester Berührung blutete. Die Umgebung der Geschwulst schien unverändert, nur fühlte sich die linke Hälfte des weichen Gaumens etwas derber an als die rechte. Die Nasenhöhle war rhinoskopisch frei. Lymphdrüsen nicht geschwollen. Bei der radicalen Entfernung der Geschwulst erwies es sich, dass dieselbe ganz diffus in das lockere Gewebe und die Musculatur des weichen Gaumens überging. Ihre submucöse Ausdehnung übertraf die äusserlich sichtbare um mindestens das Dreifache. Auch aus dem nasalen Schleimhautüberzuge musste ein ziemlich grosses Stück herausgeschnitten werden. Zum Verschluss des weit über markstückgrossen, rundlichen Gaumendefects wurde durch den *Langenbeck*'schen Schnitt am rechten Alveolarrande die Schleimhaut des weichen und fast des ganzen harten Gaumens mobil gemacht. Die Heilung erfolgte glatt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte in Haufen gruppirte grosse epitheloide Zellen, die durch zarte bindegewebige Scheidewände getrennt waren, welche Structur dem Alveolärsarcom zukommt. In der Literatur konnte Verf. keinen ähnlichen Fall finden.

608. ***Ueber die bisherigen Resultate der operativen Behandlung der hochgradigen Myopie nebst Bemerkungen über die Antiseptik bei Augenoperationen.*** *Von **Th. v. Schröder**, St. Petersburg. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 4.)*

Das von *Fukala* 1890 begonnene operative Verfahren hat Verf. in zahlreichen Fällen nachgeprüft. Er gelangte dabei zu folgendem Urtheile über den Werth desselben: 1. Die Gefahr der Operation an sonst normalen myopischen Augen ist bei sorgfältiger Antiseptik und bei Einhaltung der angeführten Operationsmethode eine nur geringe. 2. Selbst bei bestehenden chorioretinalen Veränderungen des Augenhintergrundes ist eine retinale Blutung nur dann zu fürchten, wenn die Veränderungen bis dicht an die Macula heranreichten. 3. Die durch die Operation gesetzten Veränderungen am Auge erhöhen die Gefahren, denen solche Augen durch ihren Zustand ausgesetzt sind (Netzhautablösung, Chorioiditis), nach den bisherigen Erfahrungen nicht. 4. Eine Abnahme dieser Gefahren durch Sistirung des Fortschreitens der Myopie und der Chorioiditis ist bisher aber auch nicht bewiesen. An der Berechtigung, hochgradig myopische Augen zu operiren, sei nach diesen Ausführungen wohl nicht zu zweifeln. Operirt sollen werden Augen mit Myopie über 13—14 D., die Brillen nicht vertragen, operirt solle in möglichst jugendlichem Alter werden.

Dermatologie und Syphilis.

609. ***Ueber die Behandlung des Rhinosclerom durch interstitielle Arsenikinjection.*** *Von **Stonkovenkow**. (Semaine méd. 1894. 22. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 41.)*

In einem Falle von Rhinosclerom, von welchem beide Nasenlöcher befallen waren und in welchem das Leiden bereits seit drei Jahren bestand, erzielte Verf. dadurch einen Erfolg, dass er inter-



stitielle Injectionen von *Fowler*'scher Lösung machte. Das Medicament wurde zunächst in einer Auflösung mit Wasser (1 : 100) angewandt, allmälig stieg die Concentration bis auf 12%. Man injicirte täglich 4 Grm. in verschiedenen Punkten der erkrankten Partie. Die Besserung wurde von der achten Injection an deutlich sichtbar, nach der 45. Injection verschwanden die Knötchen des Rhinosclerom. Die Behandlung dauerte 15 Monate. Im Verlaufe derselben wurden 222 Injectionen ausgeführt. Die Heilung scheint dauernd zu sein, wenigstens hat Verf. sechs Monate nach dem Aussetzen der Injectionen keinerlei Anfall mehr beobachtet. Gegenwärtig constatirt man als Ueberbleibsel der Injection eine kleine Induration der Nasenspitze.

610. ***Die nichtoperative Behandlung von Furunkeln und Furunculose.*** *Von Dr. van Hoorn. (Nederld. Tijdschr. voor Geneeskunde. 1893. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 15.)*

Aus einer Combination der Methoden von *Forster* und *Unna* hat sich folgender Modus procedendi ergeben: Der Patient wäscht die gesammte Haut mit Kaliseife und warmem Wasser, desinficirt dann die Furunkel sammt ihrer nächsten Umgebung mit 1‰iger Sublimatlösung, bedeckt dann die Furunkel mit Quecksilber-Carbolpflaster (fest der Haut anschliessend, ohne Falten) und legt saubere Unterkleider an. Das Pflaster wird täglich erneuert, ist Perforation eingetreten, so wird vorher mit Watte leicht ausgedrückt und von Neuem Furunkel und Umgebung mit Sublimat desinficirt. Die Erfolge sind geradezu überraschend. Besteht keine Fluctuation, so resorbiren sich die Infiltrate in der Regel in wenigen Tagen. Besteht bereits Fluctuation, so ist Resorption allerdings selten, aber der Process breitet sich nicht aus, die Perforation kommt schnell zu Stande und die Wunde heilt rasch. Neue Eruptionen im Anschluss an die behandelten Furunkel werden selten beobachtet. Kommen noch einige, so sind es kleine Infiltrate, die ohne Pflasteranwendung abortiren. Ein College, der über grosse Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügt — er hat am eigenen Körper über 150 Furunkeln beobachtet — ist von dem Erfolg dieser Methode geradezu begeistert. Leider hatte dieser Patient grosse Neigung auch zu Eczemen und bekam auch unter den Pflastern Eczem, doch war ein nachtheiliger Einfluss davon nicht zu bemerken.

611. ***Die Eczeme der Säuglinge.*** *Von **Marfan**. (Semaine méd. 1894. 18. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 8.)*

Während *Unna* die Eczeme der zwei ersten Lebensjahre in drei Gruppen eintheilt und ein Eczema seborrhoicum parasitärer Natur, ein Dentitionseczem nervöser Natur und ein scrophulöses Eczem unterscheidet, anerkennt Verf. blos zwei ursprüngliche Eczemformen, aus welchen durch secundäre Infection andere Varietäten entstehen können. Die erste Gruppe bezeichnet er wie *Unna* als Eczema seborrhoicum; sie ist charakterisirt durch den Ausgangspunkt in der beharaten Kopfhaut, durch die die Dermatitis immer begleitende Seborrhoe, durch ihre Topographie: es werden vorzugsweise die behaarte Kopfhaut, die Ohren, die Schläfe und die Stirn befallen. Hie und da greift der Ausschlag noch auf die Schultern und die Arme über. Die zweite Form nennt Verf. Eczema



siccum disseminatum. Die Kopfhaut bleibt bei dieser Form frei, während alle übrigen Stellen befallen werden können. Sie tritt als kleine rothe, mit trockenen, oft rissigen Borken oder Schuppen bedeckten Flecken auf. Der gewöhnlich trockene Ausschlag kann jedoch an einigen Stellen zu einem nässenden werden, besonders hinter den Ohren. Im Gegensatz zum seborrhoischen Eczem, welches vorzugsweise wohlgenährte Kinder befällt, beobachtet man das disseminirte trockene Eczem bei abgemagerten und ganz besonders bei rachitischen Kindern. Was die Aetiologie der beiden Eczemformen anbetrifft, so spielen nach Verf. die unzweckmässige Ernährung und dyspeptische Störungen die Hauptrolle. Für das Zustandekommen des seborrhoischen Eczems beschuldigt er hauptsächlich die Ueberfütterung und die Planlosigkeit in der Ernährung der Kinder. Die Ueberfüllung ist nicht nothwendigerweise von Verdauungsstörungen begleitet, aber sie findet oft ihren Wiederhall in den genannten Hautausschlägen. Die zweite Eczemform beobachtet man vorzugsweise bei künstlich ernährten Kindern. Die von schlechter Nahrung herrührende Gastroenteritis ist eine regelmässige Begleiterscheinung des trockenen disseminirten Eczems. Dem Durchbruch der Zähne, der Heredität, schreibt Verf. nur eine secundäre Rolle zu. Die von *Unna* angenommene parasitäre Natur des seborrhoischen Eczems ist für Verf. zum Mindesten zweifelhaft; denn der primären Dermatitis gesellt sich gewöhnlich eine secundäre infectiöse Hautaffection hinzu, hervorgerufen durch das Eindringen von Mikroorganismen in die Hautefflorescenzen. Möglicherweise ist auf eine solche secundäre Infection die Nephritis, die man hie und da bei mit Eczemen behafteten Säuglingen beobachtet, zurückzuführen. Diese ätiologischen Prämissen führen Verf. zu folgenden therapeutischen Deductionen. Die erste Forderung für eine erfolgreiche Behandlung ist eine genaue Controle und sorgfältige Regelung der Nahrungsaufnahme. Eine genaue Ueberwachung der Amme in Bezug auf ihre Kost ist ebenfalls wichtig. Innerlich ist eine wiederholte gründliche Entleerung und Desinfection des Magendarmcanals geboten; dazu empfiehlt Verf. kleine Dosen von Calomel (Calomel 0·03—0·05, Sacch. 0·4. M. f. pulv. divid. in part. III. Alle drei Pulver im Laufe eines Vormittags zu nehmen). Diese Calomelbehandlung wird alle Wochen oder alle 10 Tage wiederholt. Bei vorhandenen dyspeptischen Beschwerden mit grüner Diarrhoe verordnet man Bismuth. salicylic. 0·25—0·75, Tr. opii benzoic. gttae. V—X. M. gummos. 60·0. Zweistündl. 1 Kaffeelöffel. Dazu kann man noch, besonders wenn Erbrechen besteht, Magenauswaschungen vornehmen. Was die locale Behandlung anbetrifft, so müssen zunächst die kranken Stellen von den daran haftenden Borken gereinigt werden, was am besten durch Cataplasmen mit Kartoffelmehl oder mit Hilfe der Kautschukmaske geschieht; damit werden tägliche Waschungen mit 3%iger Borsäurelösung oder 0·1‰iger Sublimatlösung verbunden. Nach drei bis vier Tagen werden die Cataplasmen ausgesetzt und bei Eczema seborrhoicum Morgens und Abends folgende Salbe applicirt: Vaselini. Lanolini aa. 15·0, Zinc. oxyd. 4·0, Flor. sulf. 1·0. M. f. ung. Anstatt Schwefel kann auch Resorcin 0·3—1·0 angewendet werden. Bei disseminirtem trockenen Eczem



verschreibt Verf. Vaselin, Lanolin aa. 15·0, Pulv. amyl., Zinc. oxyd. aa. 4·0, Acid. salicyl. 0·05—0·1. M. f. ung.

612. ***Zur Therapie der Neuro-Syphilide.*** *Von Dr. Leo Leistikow. (Monasth. f. prakt. Dermat., Bd. XVIII. 4. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 28.)*

Verf. versteht unter dem Namen Neuro-Syphilide eine Reihe von Syphiliden, die bisher als Roseola tardiva, Roseola circinata, Leukoderma, Pygmentsyphilis in verschiedenen Capiteln der Syphilis abgehandelt wurden. Von den eigentlichen Syphiliden unterscheiden sich die von *Unna* so bezeichneten Neuro-Syphiliden durch ihre mit den circulatorischen Flächenelementen der Haut, respective dem collateralen Netze übereinstimmenden Formen, durch den Mangel des gewöhnlichen Infiltrates, durch ihre Stabilität, Chronicität und mangelnde Reaction auf die gewöhnlichen antiluetischen Curen. — Verf. gibt die Krankengeschichte von vier typischen Fällen wieder, welche sämmtlich therapeutisch günstige Resultate lieferten. Bei allen 4 Fällen hat sich die völlige Wirkungslosigkeit der antiluetischen Heilmethode ergeben, andererseits aber die prompte Wirksamkeit der Hauptrepräsentanten der reducirenden Mittel des Chrysarobins, sowie des Pyrogallols; beide Medicamente scheinen sich in ihrer Wirkung zu ähneln. Verf. empfiehlt bei circumscriptem Auftreten der Neurosyphilide Chrysarobin in Pflaster-Mullform, und das Pyrogallol in spirituös-ätherischer 20%iger Lösung, bei allgemeiner Ausbreitung des Chrysarobin in 10%iger, das Pyrogallol in 5%iger Salbenform.

613. ***Behandlung der Epheliden, Acne rosacea.*** *Von W. van Hoorn. (Nederld. Tijdschr. voor Geneeskunde. 1893. 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 40.)*

Verf. empfiehlt gegen die obgenannten Affectionen sehr warm die *Unna*'sche Schälcur. Eine solche Cur dauert etwa eine Woche und muss je nach der Art der Affection, gegen die sie verwendet wird, wiederholt werden. Bei Sommersprossen genügt in der Regel ein einmaliges Schälen. Heftige und sehr hartnäckige Acne rosacea lässt sich auf diese Weise binnen einigen Wochen heilen. Die Behandlung ist folgende: Einige Tage hintereinander wird das Gesicht mehrmals täglich mit einer Zinkpaste eingerieben, die 50% Resorcin enthält. Nach einigen Tagen muss man aufhören; dann wird die Haut mit *Unna's* Leimverband bedeckt und nach wenigen Tagen hat die alte Epidermislage von der neugebildeten sich gelöst. Sie kann dann mit dem Leimverband zugleich entfernt werden. Es ist sehr wichtig, für das Anlegen und Entfernen des Verbandes den rechten Zeitpunkt zu wählen. Zu frühes Aussetzen der Einreibung vermindert die Aussicht auf Erfolg, zu lange Anwendung oder zu frühes Entfernen des Verbandes kann gefährliche Dermatitis zur Folge haben. Verf. hat in den zwei Jahren, in denen er die Methode anwendete, derartige Zufälle nicht gesehen. Während der Cur sind die Patienten natürlich für die Gesellschaft unmöglich.

614. ***Ueber Dermographismus.*** *Von Dr. Ehrmann. Vortrag im Wiener med. Club. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 39.)*

Unter Dermographismus versteht Verf. eine bei verschiedenen Allgemeinerkrankungen eintretende Eigenthümlichkeit der Haut,



auf mechanische Reize durch eine Reihe von Vorgängen zu antworten, deren Gipfelpunkt in einer serösen Transsudation des Papillarkörpers besteht. Verf. unterscheidet dabei drei Zonen: Eine Zone der directen Einwirkung, eine Zone der indirecten und eine der Fernwirkung. In der ersten tritt nacheinander Contraction der glatten Muskeln, Anämie, Hyperämie und Transsudation auf, in der nächten nur geringe Contraction der Muskelfasern, Anämie und Hyperämie und in der äussersten nur Hyperämie allein, so dass zum Schluss eine weisse erhabene Leiste auf geröthetem Grunde entsteht. Viel häufiger sind aber jene Fälle, wo in der betroffenen Haut sich nur um die Haarbälge herum Oedeme entwickeln, so dass beim Bestreichen mit einem stumpfen Körper oder beim Druck einer Hemdfalte, eines Knopfes oder dergleichen blos eine sandförmige oder andersgestaltige Gruppe von weissen Knötchen entsteht, die beim Auftreten jucken, schnell zerkratzt werden und und dann einfach als Kratzeffecte imponiren. In solchen Fällen wird gewöhnlich Pruritus cutaneus oder nervosus diagnosticirt.

Der Verf. unterscheidet genau zwischen Dermographismus und Urticaria. Bei letzterer ist die Einwirkung toxischer Substanzen (meistens toxische Albuminurie) wohl als sicher anzunehmen, und zwar gelangen dieselben entweder von aussen auf die Haut oder sie gelangen von aussen in die Digestionsorgane (Urticaria ab ingestis) oder sie bilden sich in pathologischen Producten (Autointoxication). wenn man auch zugeben muss, dass bei einigen Fällen von Urticaria, bei welchen auch das Nervensystem mit afficirt ist, auch Dermographismus vorhanden sein kann. Derselbe beobachtete Dermographismus, ganz wie frühere Beobachter und in letzterer Zeit *Barthelémy*, bei Erythema pudoris fugax nach starken Gemüthsaffecten, Scham, Schreck bei Neurasthenie und Hysterie, bei ererbt nervöser Veranlagung. Die chemische Untersuchung des Harnes hat nur ein einziges Mal unter 14 Fällen vermehrte Ausscheidung von Indican ergeben und da handelte es sich um Urticaria. Bei dem Erythema pudoris handelt es sich auch bei jenen Individuen, welche das specifische Gefühl der Scham nicht mehr besitzen, doch um eine angeborene Action der Grosshirnrinde. In dem Vorgange als solchen sieht Verf. einen durch vom Grosshirn centripetalwärts gehende Einflüsse (Bahnung nach *Exner*) erhaltenen Reizzustand das Gefässsystems, welcher auf die leiseste mechanische Action sich an der Stelle des stärksten Einwirkens bis zur Transsudation steigert. Die Juckempfindung wird durch die beginnende Imbibition der peripheren Nervenendigungen erzeugt. Therapeutisch fand Verf. nur Ruhe, zeitweiliges Zurückziehen von Geschäften, eventuell mit leichter Kaltwasserbehandlung wirksam; eine rasch eintretende Besserung in wenigen Tagen vom Tragen eines dünnen durchfetteten Hemdes oder Unterhose (wenigstens bei Nacht), welche die mechanischen Einflüsse auf die Haut in gleitende umwandelt.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

615. ***Histologische Studien über Gastritis chronica.*** *Von Ulrik Quensel, Stockholm. (Nord. med. Ark. Bd. XXV. 24.)*

Dass bei perniciöser Anämie interstitielle Gastritis mit Atrophie der Magenschleimhaut ein nicht seltener Befund ist, geht aus drei neuen Fällen hervor, in denen auch bei Lebzeiten die charakteristischen Erscheinungen dieser Affection nachgewiesen wurden. Der Magensaft enthielt ausschliesslich Milchsäure, dagegen weder Salzsäure noch Pepsin oder Labferment. Die pathologischen Veränderungen fanden sich hauptsächlich im Fundus, während die Pylorusgegend nur unbedeutend afficirt war. Dass die Magenaffection als Ursache der perniciösen Anämie anzusehen sei, erscheint ausgeschlossen. Die chronische Gastritis zeigt hier dieselbe Entwicklung wie die interstitielle Gastritis überhaupt. Die Neubildung des Bindegewebes, die die hauptsächlichste Veränderung darstellt, beginnt stets an der inneren Oberfläche der Schleimhaut und dehnt sich von dort allmälig in die Tiefe aus. Sie ist somit eine Gastritis interstitialis descendens. Je mehr sie in die Tiefe fortschreitet, umsomehr verschwinden die Drüsen, bis es endlich zur vollständigen Atrophie der Schleimhaut kommt. In frischer Phase der Affection sind Veränderungen der Epithelialzellen nicht zu constatiren. In vorgerückteren Stadien findet sich häufig körniger Zerfall der Zellen, aber keine fettige Degeneration. In vielen Fällen besteht schleimige Degeneration der Drüsenzellen. Die als Cirrhose des Magens bezeichnete Affection ist nicht mit der chronischen Gastritis identisch und hat ihren Ausgangspunkt in der Submucosa.

Th. Husemann.

616. ***Ueber die Phenolausscheidung bei Krankheiten.*** *Von A. Strasser. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIV. Heft 5 u. 6. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 23.)*

Verf. suchte in 24 Untersuchungen bei verschiedenen Krankheiten die Phenolausscheidung quantitativ zu bestimmen. Er arbeitete nach der Methode von *Kossler* und *Penny*, welche eine massanalytische und genügend exacte ist. Daneben wurde sowohl das Verhältniss der gepaarten zur präformirten Schwefelsäure, als auch die Stärke der Indicanreaction bestimmt. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: „Er fand Vermehrung der Phenole bei acuten Infectionskrankheiten (Typhus in der ersten und zweiten Woche, Pleuropneumonie, Pneumonie in Lösung), weiter in allen Fällen von localen Eiterungen und Jauchungen (Pyopneumothorax, Bronchitis putrida, Gangrän, Peritonitis), endlich bei Diabetes mellitus. Normale Mengen bei Cystitis, Leukämie und bei Typhus 8 Tage nach der Entfieberung; verringerte Mengen bei chronischer Anämie, bei Typhus während der Zeit der Entfieberung, bei Ileus mit lange andauerndem starken Erbrechen, bei acuter Phosphorvergiftung und bei hypertrophischer Lebercirrhose. Im Grossen und Ganzen stehen die Resultate im Einklange mit den früher gewonnenen, nur sind die absoluten Mengen grösser. Die Indicanausscheidung, sowie die Aenderung des Verhältnisses der Aetherschwefelsäuren



gegenüber den präformirten zeigen keine Unregelmässigkeit mit den Schwankungen der Phenolmengen."

617. ***Ueber die Aufsaugung fein vertheilter Körper aus den serösen Höhlen.*** *Von Dr. A. Beck. Aus dem Institut für experim. Pathologie in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 46.)*

Verf. injicirte Hunden und Kaninchen feste Körper, wie Russ, Zinnober, Stärke etc. in die Bauchhöhle und wies an dem herausgeschnittenen und mit Argent. nitric. behandelten Zwerchfell das Eindringen dieser Körper in die Lymphgefässe desselben nach. Auch in der Lunge, Leber, Niere und Milz fand er die injicirten Stoffe und folgert daraus, dass sie auf dem Wege durch das Blut dorthin gelangt sind, während sie im Blute selbst nicht mit Sicherheit nachzuweisen waren, und zwar weil sie dort nach Verf.'s Ansicht nicht lange kreisen, sondern bald abgelagert werden. Bei ähnlichen Experimenten über die Pleurahöhle konnte der Verf. keine Anfänge von Lymphgefässen nachweisen, dagegen constatirte er, dass es die Lymphgefässe der Pleura intercostalis und mediastinalis sind, in welche die eingeführten Stoffe aufgenommen werden und dass die in die Pleura eingeführten Körper sowohl im Blute, wie Leber und Nieren nachweisbar sind. Die Resorption aus der Pleurahöhle erfordert mehr als 6 Stunden, während sie sich bei der Bauchhöhle in 1—2 Stunden vollzieht.

618. ***Ueber einige Eigenschaften des Harns bei Keuchhusten.*** *Von Blumenthal. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 17. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 25.)*

Cherubini hat bei 16% keuchhustenkranker Kinder Zucker im Harn gefunden. Verf. untersuchte den Harn von 40 mit diesem Leiden behafteten Kindern. Die Harne sind stark sauer, von hohem specifischen Gewichte und geben meist gleich nach der Entleerung ein Sediment, welches aus Harnsäure besteht. Seltener sind amorphe Urate, Kalkoxalate hat Verf. nicht gesehen. Eiweis und Zucker fehlen, obgleich Reduction von *Fehling*'scher oder *Nylander*'scher Lösung beobachtet wird. Die über die Norm gehende Linksdrehung mancher Harne möchte *Cherubini* auf Glycuronsäure zurückführen. Der Harnsäuregehalt überstieg mehrmals um das 2—3fache die Norm (besonders bei sehr jungen Kindern). Verf. bezeichnet in seiner vorläufigen Mittheilung 1. die blassgelbe Farbe, 2. das hohe specifische Gewicht und 3. den vermehrten Harnsäuregehalt als charakteristisch für Keuchhusten. Diese Harnbefunde zeigen sich schon im Beginne der Krankheit und dauern bis zur Heilung fort; sie sind in der ersten Krankheitshälfte stärker ausgesprochen als in der zweiten. Chinin und insbesondere Antipyrin verändern diesen Befund, speciell das specifische Gewicht sinkt rasch. Aehnlich wirkt reichlicher Milchgenuss und jede fieberhafte Complication, z. B. Pneumonie. Verf. hält die vermehrte Harnsäureausscheidung für das massgebende, am meisten charakteristische Merkmal.

619. ***Ueber Knochenkernbildung und Ossification des Knorpels.*** *Von Dr. Moritz Schein. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 5. — Centralbl. f. Chir. 1894. 19.)*

Nach der Theorie des Verf.'s hängt die Bildung der Knochenkerne ab von dem Grade der Ernährung eines Knorpels, beziehungsweise Knorpeltheiles. Hört die Ernährung des Knorpels auf, so



bildet sich in ihm ein Knochenkern, und in dem Masse, als die Ernährung abnimmt, schreitet seine Verknöcherung fort. Da der Knorpel eines eigenen Gefässsystems entbehrt, ist er in Bezug auf seine Ernährung angewiesen auf die Saftzufuhr aus seiner Umgebung, welche von der Peripherie nach dem Centrum weniger lebhaft und schwieriger wird. Das Mass der Ernährung ist daher abhängig von seiner Grösse, der Entfernung der Mitte von der Peripherie, aber auch von seinem Wachsthum, seinem Alter, dem Kräftebestand des Individuums etc. Je umfangreicher also ein Knorpel, je früher sein Wachsthum vollendet ist, desto früher verknöchert er im Inneren; darum verknöchern die Epiphysen später als die Diaphysen, die kleineren und dünneren Knorpel (Schulterblatt, Epiphysenplatte und Wirbel) metamorphosiren sich ceteris paribus später, wie die grösseren; die Knorpel, deren Wachsthum am spätesten abgeschlossen ist, wie an den Epiphysen des Hüftbeines, am oberen Rande des Darmbeines, am Schambeinwinkel, verknöchern auch zuletzt, im 22.—25. Lebensjahre. Beim weiblichen Geschlecht, bei Rassen von kleiner Statur ist das Gesammtwachsthum früher vollendet, und dem entsprechend tritt die Verknöcherung früher auf etc. Die Ursache der Verknöcherung sieht der Verf. in dem Niederschlag fester Partikelchen und specifisch schwerer Theilchen in den Bezirken langsamerer Saftströmung und behinderter Circulation. Als praktische Consequenz seiner Theorie zieht er die Möglichkeit, sich leichter nach Massgabe und im Sinn seiner Ausführungen über die Reihenfolge der Ossificationen der einzelnen Knochen und der einzelnen Knochenabschnitte zu orientiren, eine Sache, die man sonst nur wie eine Zahlenreihe rein mechanisch auswendig lernen muss.

620. ***Entwurf einer Theorie über das Wesen und die Erscheinungen des Fiebers.*** *Von A. Hiller. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIII. Heft 5 u. 6. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 17.)*

Verf. hat früher gezeigt, dass die Körperwärme des Gesunden unter dem Einfluss gesteigerter Wärmeproduction bei erschwerter Wärmeabgabe (Marschiren in eng anliegender Uniform) zunächst ansteigt, dann aber etwa $1\frac{1}{2}°$ über die Norm erhöht, constant bleibt. Ebenso wie es sich hier nicht um eine Einstellung des Regulationscentrums auf eine bestimmte höhere Temperatur, sondern offenbar nur um ein wechselndes Verhältniss von Wärmeproduction und Wärmeabgabe handelt, ist nach Verf.'s Ansicht auch die Temperaturerhöhung im Fieber lediglich bedingt durch das Verhalten der Wärmeabgabe zu der gesteigerten Wärmeerzeugung. Der Wärmeabfluss erfolgt grösstentheils durch die Haut; er wird bestimmt durch die „thermische Empfindung" der unter der Epidermis gelegenen Nervenendigungen; an den nackten Körpertheilen, die unmittelbar von der Aussenluft umspült sind, ist die Wärmeabgabe weit grösser, aber die thermische Empfindlichkeit der Nerven durch Gewöhnung weit geringer, als an den bekleideten, welche circa $^{19}/_{20}$ der Oberfläche betragen. Hier findet man die Temperatur der innersten, die Haut direct umgebenden Luftschicht regelmässig etwa 2° niedriger als die der Haut, letztere 2—3·5° niedriger als die des Blutes. Bei diesem stets gleichmässigen Verhalten ist die Wärmeabgabe natürlich auch eine sehr gleichmässige,



und gerade diese Gleichmässigkeit der Wärmeabgabe bedingt „thermisches Wohlbefinden“; jede Steigerung derselben ruft Frost-, jede Verlangsamung Hitzeempfindung hervor; erstere bewirkt local reflectorische Verengerung, letztere Erweiterung der entsprechenden Hautgefässe, somit eine Wärmeregulation. Nach dieser Lehre erklärt sich das Frostgefühl während des Fieberanstieges, das Hitzegefühl und der Schweissausbruch während des Fieberabfalles leicht aus dem grösseren, respective geringeren Unterschied zwischen Temperatur der Oberhaut und der Kleideratmosphäre. Ein Gefühl relativen Wohlbehagens muss dagegen eintreten, wenn in Folge der vermehrten Wärmeabgabe die Temperatur jener Luftschicht so weit gesteigert ist, dass wieder die ursprüngliche Differenz zwischen ihr und der Hauttemperatur besteht, weil nun wieder das alte Verhältniss der Wärmeabgabe eintritt; dies ist der Fall bei der Febris continua, d. h. dann, wenn Wärmeproduction und Wärmeabgabe wieder gleich geworden sind. Der wesentliche Punkt an Verf.'s Theorie ist also der, dass er die Steigerung der Wärmebildung als die Ursache des gesammten Fiebersymptomencomplexes ansieht und alle weiteren beim Fieber beobachteten Erscheinungen als gewissermassen physiologische Folge von jener primären Störung ableitet.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

621. ***Vergleichende Studien an Bacterium coli commune verschiedener Provenienz.*** *Von Dr. Fremlin. Aus dem hygienischen Institut der Universität zu Berlin. (Arch. f. Hygiene. Bd. XIX, Heft 3.)*

Verf. suchte zu ermitteln, ob das Bacterium coli, welches man aus Fäces verschiedener Thierspecies mit Hilfe der Gelatineplattencultur gewinnt, in jedem Falle mit dem Bacterium coli identisch ist, und dabei die Unterschiede des Bacterium coli vom Typhusbacillus festzustellen, die bekanntlich in ihren Culturen eine so weitgehende Aehnlichkeit besitzen, dass sie z. B. von den Franzosen für identisch gehalten werden. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Beweglichkeit des Typhusbacillus ist eine viel lebhaftere und ausgiebigère. 2. Beim Typhusbacillus besteht eine grössere Neigung, Fäden zu bilden, indem 2 oder mehr Bacillen gewöhnlich zusammenhängen und selbst 6—10 in einem Faden keine ungewöhnliche Erscheinung sind; beim Bacterium coli ist eine so grosse Zahl zusammenhängender Bacillen fast niemals zu sehen. 3. Das Wachsthum auf der Gelatineplatte geschieht merklich langsamer, und gewöhnlich sind die Typhuscolonien erst nach 3 Tagen so weit entwickelt wie zweitägige Colonien von Bacterium coli. Dieses langsame Wachsthum ist auch auf Agarculturen und Gelatinestichculturen zu beobachten. 4. Auf Kartoffeln sind seine Colonien fast unsichtbar im Gegensatz zum Bacterium coli, welches gewöhnlich sehr deutlich in breiten, orangefarbenen Strahlen wächst. 5. Der Thypusbacillus hat keine gährungserregende Kraft, das Bacterium coli besitzt dieselbe in sehr ausgesprochenem Masse. 6. Der Typhusbacillus bringt die Milch nicht

zur Gerinnung, wie es das Bacterium coli thut. 7. Typhusbacillen haben viele Geisseln. Es bietet keine Schwierigkeit, ein gutes Geisselpräparat von einer Cultur in der ersten Woche zu erhalten. Ich habe Präparate, welche Geisseln zeigen, aus Typhusbacillenculturen im Alter von 2 Stunden, 4 Stunden, 24 Stunden, 8 Tagen, 13 Tagen und 4 Monaten. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied von Bacterium coli, bei welchem es zu jeder Zeit sehr schwierig ist, ein Geisselpräparat anzufertigen, selbst unter den günstigsten Bedingungen. 8. Das Bacterium coli gibt die Indolreation mit Kaliumnitrit, der Typhusbacillus nicht.

622. ***Ueber bacteriologische Diagnostik der Cholera und des Choleravibrio.*** *Von Prof. **Max Gruber.** Aus dem hygien. Institute der Universität Wien. (Arch. f. Hygiene. Bd. XX. Heft 2. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 22.)*

Verf. gibt eine dankenswerthe Uebersicht über die Mittel, die heute zu Gebote stehen, um den Cholerabacillus von den nahe verwandten, in neuerer und neuester Zeit entdeckten Vibrionen zu unterscheiden. Unbrauchbar erweist sich die Beobachtung des mikroskopischen Präparates, auch die Geisselfärbung trägt bisher nicht zur Aufklärung von Zweifeln bei. Am wichtigsten ist das Aussäen der Gelatineplattencultur. *Gruber* findet eigentlich allein in der Gelatineplatte ein Mittel, um den Cholerabacillus von den verwandten Vibrionen zu unterscheiden. Die unregelmässige Form der oberflächlichen Colonien, ihr körniges Gefüge, oder die Furchung und Zerklüftung, die sie zeigen, unterscheiden sie von den übrigen Vibrionen, welche Colonien von runder Gestalt, mit voller Structurlosigkeit oder höchstens mit zarter Strichelung aufweisen. Auch die tiefliegenden Colonien der Cholera unterscheiden sich durch unregelmässige Gestalt, wellig-höckerige Oberfläche und grob-granulirtes Aussehen von den nächsten Verwandten. Die Platten müssen dünn besät sein und nach 12—20 Stunden beobachtet werden. Ununterscheidbar von Cholera auf der Gelatineplatte fand *Gruber* den Vibrio Denecke. Die Nitrosoindolreaction erwies sich als unbrauchbar zur Unterscheidung der verwandten Arten. Auch die Prüfung der Pathogenität bei dem Vibrio der asiatischen Cholera, dem Vibrio Berolinensis, dem Vibrio danubicus und dem Vibrio Proteus ergab keine durchgreifende Verschiedenheit. Der Vibrio Metschnikoff unterschied sich dagegen von allen anderen durch die rapide Ansiedelung im Blutgefässsystem der Versuchsthiere. Die Arbeit enthält noch zahlreiche interessante Einzelheiten und ist für Jeden von grossem Werthe, der mit der Choleradiagnose praktisch zu thun hat.

623. ***Untersuchungen über das Infectionsfieber.*** *Von **E. Centanni.** (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 7 u. 8. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 22.)*

Der Verf. hat die Frage zum Gegenstand der Prüfung gemacht, ob der gemeinsamen, fiebererregenden Eigenschaft der verschiedenen Bacterienarten eine gemeinsame Ursache zu Grunde liege, und ist zu einem positiven Ergebniss gelangt. Es gelang ihm, aus einer sehr grossen Reihe von pathogenen und auch von nicht pathogenen Bacterien jedes Mal einen Körper von gleichen chemischen Eigenschaften und biologischen Wirkungen darzustellen, dem er den



Namen Pyrotoxin gibt. Die Methode der Darstellung desselben beruht auf dessen Eigenschaften, dem Kochen zu widerstehen, den Dialysator zu passiren, in absolutem Alkohol unlöslich und in Wasser löslich zu sein; die Einzelheiten des Darstellungsverfahrens müssen im Original nachgelesen werden. Welcher Gruppe von chemischen Körpern das Pyrotoxin angehört, ist nicht zu ermitteln gewesen; doch steht fest, dass es weder den Albuminoiden, noch den Ptomainen, noch den Enzymen zuzurechnen ist, unter welche Classen die Bacterienproducte bisher subsumirt werden. Die biologischen Wirkungen der subcutanen Pyrotoxininjectionen im Einzelnen zu beschreiben würde zu weit führen; es genüge zu bemerken, dass sie in Bezug auf Beeinflussung der Temperatur, der Herzthätigkeit, der Verdauung, des Allgemeinbefindens durchaus den Erscheinungen entsprechen, welche wir beim Infectionsfieber zu beobachten gewohnt sind. Auch örtlich ruft die Pyrotoxininjection die Erscheinungen eines Bacterienherdes hervor. Dieser Körper wird nun, wie erwähnt, in allen Bacterien, sowohl pathogenen als auch nicht pathogenen, gebildet; es hat sich gezeigt, dass die pyrotoxische Kraft der einzelnen Bacterienarten ihrer Pathogenität nicht proportional ist, dass die erstere dagegen in gewissen Grenzen von dem Zustande der Cultur abhängt. — Es ist dem Verf. nicht fraglich, dass das Pyrotoxin in der Bacterienzelle selbst gebildet wird; und zwar hält er es für wahrscheinlich, dass es dem Chromatin derselben angehört. Ob ausser dem Pyrotoxin noch andere Fiebergifte in den Bacterien gebildet werden, welche in den einzelnen Arten vielleicht differiren mögen, lässt Verf. unentschieden; das ist jedenfalls zweifellos, dass das erstere in allen Arten gebildet wird und darum das allgemeine Bacteriengift genannt zu werden verdient. Diese Beobachtung hält Verf. nicht nur in theoretischer Beziehung für wichtig in Bezug auf unsere Anschauungen über die Specifität der Bacterien und über die Natur ihrer Pathogenität, sondern sie gibt ihm auch Anlass zu einem Ausblick auf die praktische Nutzanwendung; man wird hoffen können, das Antitoxin gegen jedes Bacterienfieber gefunden zu haben, sobald man ein solches gegen das Fieber gefunden hat, welches durch irgend ein Bacterium hervorgerufen wird.

624. ***Drei Fälle von chronischer Quecksilbervergiftung.*** *Von Dr.* ***Julius Donath.*** *Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. (Pester med.-chir. Presse, 1894. 7.)*

Chronische Quecksilbervergiftung wurde bis jetzt nur bei Spiegelbelegern, Verfertigern quecksilberhältiger Instrumente (Thermometer, Barometer u. s. w.), Quecksilbergruben-Arbeitern beobachtet. Verf. schildert des Vorkommen dieser Krankheit bei der Herstellung der Edison'schen Glühlampen. Die Edison'schen Glühlampen sind bekanntlich birnförmige Glaskugeln, welche den zum Glühen dienenden Kohlenfaden enthalten. Um diese Glaskugeln luftleer zu machen, werden sie mittelst Dampfmaschinen mit automatisch wirkenden Quecksilberluftpumpen verbunden derart, dass auf eine fünfzinkige Gabel ebensoviel Lampen angeschmolzen werden, welche so auf einer gemeinsamen Glasröhre sitzend, durch eine Quecksilberpumpe auf einmal evacuirt werden. In der fraglichen Fabrik arbeiten vielleicht 80 solche Quecksilberpumpen in

einem Raume. Diese aus Glas gefertigten Pumpen zerbrechen häufig, das Quecksilber spritzt auf die Arbeiter, verläuft sich auf dem cementirten Boden, oder es geräth auf die gläserne Gabel und von hier in den Mund des Glasbläsers, wenn die Gabel, wie es immer geschieht, wiederholt zum Anschmelzen von neuen Lampen verwendet wird. Von diesen Arbeitern hat der eine Glasbläser in sinnreicher Weise diesem Uebelstande dadurch abgeholfen, dass er in das Glasrohr ein gebogenes Röhrchen einschmolz, welches der Luft den freien Durchtritt, jedoch verhindert, dass das schwere Quecksilber in den Mund geräth, welches sich vielmehr vor dem gebogenen Röhrchen niederschlägt. Von den Kranken sind zwei Lampenbläser; am schwersten gefährdet durch das Quecksilber ist aber der dritte, dessen Aufgabe es ist, das Quecksilber chemisch zu reinigen und mit Filtrirpapier zu trocknen, so dass seine Hände damit am meisten in Berührung kommen. Auch sind beim letzteren Kranken die Erscheinungen am schwersten, obgleich er nur seit 6 Monaten mit Quecksilber arbeitet, während die beiden Glasbläser seit 10, beziehungsweise 4 Jahren sich damit beschäftigen Als Symptome der chronischen Quecksilbervergiftung finden sich hier: der blaugraue Saum um die Zahnhälse am Zahnfleisch, starker Tremor manuum, in diesen Fällen auf der einen Seite stärker als auf der anderen, mässige Gingivitis und Salivation. Die intensivsten Erscheinungen des chronischen Mercurialismus sah Verf. bei einem Glasbläser derselben Fabrik, der schon seit $8^1/_2$ Jahren in solchen Pumpräumen arbeitete, derselbe hatte ein Zittern des ganzen Körpers, besonders stark war der Tremor an Gesichtsmuskulatur, Zunge und Händen ausgesprochen, selbst Silbenstolpern war vorhanden, das Gedächtniss hatte abgenommen; ausserdem klagte der Kranke über Brechreiz. Dieser Kranke hatte grosse Aehnlichkeit mit einem Paralytiker. Sein Zustand besserte sich, sobald er die Quecksilberarbeit verliess. Verf. überzeugte sich, dass in der Fabrik die Aufnahme des Quecksilbers in den Organismus weniger durch die Athmungs-, als durch die Verdauungsorgane, vielleicht auch durch die Haut erfolgt; der Lampenbläser bekommt nämlich häufig direct Quecksilberpartikelchen in den Mund. Als hygienische Massnahmen werden empfohlen: grosse Reinlichkeit der Arbeiter, insbesondere Waschen der Hände, des Gesichts nach der Arbeit, strenges Verbot des Essens während der Arbeit, wöchentlich einmal warmes Bad für die Arbeiter und deren turnusmässige Beschäftigung im Pumpenraume, Gebrauch eigener Arbeitskleider, welche in der Fabrik an- und abgelegt werden, gute Ernährung. Während der Behandlung müssen die Kranken eine Zeit lang von der Arbeit fern bleiben, beziehungsweise zu einer anderen übergehen, wo sie mit Quecksilber nicht in Berührung kommen, sie gebrauchen Jodkalium, Elektricität und laue Bäder.

625. ***Das Ichthyol gegen Excoriationen der Füsse in Folge von unzweckmässigem Schuhwerk.*** *Von Dr. **Myrdacz**. (Semaine méd. 1894. 32. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 49.)*

Bekanntlich sind die Excoriationen der Füsse in Folge eines Druckes, der durch schlecht sitzendes Schuhwerk ausgeübt wird, besonders häufig bei Soldaten. Meist sitzen sie im Bereich der Achillessehne, ferner über den Zehen oder an der Sohlenfläche, wo



sie manchmal in Form einfacher Hühneraugen oder als kleine oberflächliche Geschwüre auftreten, in anderen Fällen auch als lebhaft entzündete Wunden von grosser Ausdehnung sich zeigen, die zuweilen zu wahren Phlegmonen führen können. Die Zahl der Soldaten, die jahraus jahrein an diesen Affectionen erkrankt, ist, wie bekannt, colossal. Nach statistischen Mittheilungen eines österreichischen Militärarztes sind während einer zwölfjährigen Beobachtungsperiode wegen dieser Affectionen annähernd 350.000 Soldaten in den österreichischen Hospitälern behandelt worden. Die mittlere Dauer ihrer Behandlung betrug 16 Tage. Die bisher angewandten Mittel ebensowohl wie diejenigen Mittel, welche man anwendet, um dem Uebel zu begegnen, beschränken sich gewöhnlich auf die Verabreichung von Pflastern oder Verbänden, indessen haben diese letzteren in der Regel keine gute Heilwirkung. *Herz* hat nun bei derartigen Affectionen mit bestem Erfolge in neuerer Zeit das Ichthyol angewendet. Er gebraucht dasselbe als 20%ige Lösung, die auf die Wunde aufgestrichen wird. Unter dem Einfluss dieses Medicaments soll die entzündliche Schwellung in 24 Stunden abschwellen und sehr bald darauf Heilung eintreten.

Literatur.

626. ***Die causale Behandlung der Tuberculose.*** *Experimentelle und klinische Studien von **Edwin Klebs**. Mit einer Photogravure, sieben Farben- und neunzehn Curventafeln, vier Figuren im Text und einer statistischen Beilage. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1894. VIII, 623 S. 8°.*

Das vorliegende Werk motivirt Verf., einer der Vorkämpfer der modernen Theorie über den infectiösen Ursprung der Krankheiten in dem Vorwort in Kürze dahin, dass, „nachdem gelungene Thierversuche die Möglichkeit der Heilung menschlicher Tuberculose durch Bacterienproducte in Aussicht stellten, es versucht werden müsste, dieses Problem zu lösen". Nunmehr legt Verf. seine in dieser Richtung ausgeführten experimentellen Arbeiten vor und knüpft daran die Ergebnisse der klinischen Erfahrungen, welche er und andere Aerzte bei der Behandlung der Tuberculose des Menschen mit Bacterienproducten, namentlich mit dem von ihm dargestellten Antiphthisin gemacht hat. In einer reichen Casuistik kann der Arzt die Wirkung des Antiphthisins in den verschiedensten Stadien der Tuberculose, von denen Verf. vier unterscheidet, eingehend verfolgen. Im dritten Anhang sind einige Vorschriften zur Anwendung des Antiphthisins mitgetheilt. Der wissenschaftliche Name des Verf. bürgt dafür, dass wir hier ein an scharfen Beobachtungen und theoretischen Folgerungen, sowie an klinischen Erfahrungen reiches Werk vor uns haben, dessen eingehendes Studium weder der auf dem Standpunkte der heutigen bacteriologischen Forschungen stehende Kliniker, noch der Praktiker, welcher die Fortschritte der Therapie nach besten Kräften zu verwerthen bestrebt ist, wird übergehen können, ja sie müssen dasselbe eingehend studiren und sowohl experimentell als klinisch nachprüfen. Leider fehlt uns an dieser Stelle der Raum, auf einzelne Ausführungen des Verf.'s näher einzugehen, und wir begnügen uns damit,



mit aller Wärme für das Streben und für die Leistung, die in dem Werke ihren Ausdruck finden, eingestanden zu sein. Einen Auszug der Vorschrift zur Anwendung des Antiphthisins bringen wir an anderer Stelle dieses Heftes. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche.

—r.

627. ***Die chirurgische Nachbehandlung.*** *Nach klinischen Erfahrungen für praktische Aerzte und Studirende zusammengestellt von* ***Dr. T. Mathon****, em. Operateur der I. chirurg. Univers.-Klinik des Hofr. Prof. Albert in Wien. Mit 3 Figuren im Texte. Wien, Verlag von Josef Šafář, 1894. 94 S. 8°.*

Die vorliegende Schrift stellt sich zur Aufgabe, den Studirenden der Medicin und jenen Aerzten, welche nicht in der Lage gewesen sind, an einer Klinik die Nachbehandlung von chirurgischen Kranken praktisch kennen zu lernen, hierfür vornehmlich beim Eintritt in das praktische Leben einen gewissen Ersatz zu bieten; gewiss eine Unternehmung, welche von allen Seiten als Erfüllung eines längst gefühlten Bedürfnisses anerkannt werden wird. Verf. schildert zunächst die Massnahmen vor und während der Operation und erörtert hierauf die allgemeinen Massregeln während der Nachbehandlung; hierauf werden die während der Nachbehandlung auftretenden allgemeinen Symptome (Nachwirkung der Chloroform-Narkose, psychisches Befinden, Wundschmerz, Colorit der Haut, Oedeme, Fieber etc.), sowie die Nachblutung, die localen Vorgänge an der Wunde dargelegt. Wenn auch die moderne Chirurgie als eine ihrer Hauptaufgaben die Prophylaxis der Wundkrankheiten ansieht, so sind letztere doch nicht immer zu vermeiden, sie sind bedeutend seltener geworden, aber sie kommen vor. Und es war daher ganz am Platze, dass Verf. auch den Wundkrankheiten ein eigenes, ausführliches Capitel gewidmet hat. Bezüglich der in obiger Schrift geschilderten Grundsätze des Vorgehens und der hierbei geübten Massnahmen genügt es anzuführen, dass dieselben die auf der Klinik des Hofr. *Albert* gepflogene Behandlungsweise zur Grundlage haben, womit die Schrift reichlich empfohlen erscheint.

—m.

Kleine Mittheilungen.

628. ***Pelicer*** empfiehlt bei ***Keuchhusten Bromoform*** (Méd. moderne. 1894). Er gibt zuerst 1 Tropfen für jedes Jahr des Kranken, und zwar 4mal täglich. Diese Dosis wird aber stetig erhöht, falls vom dritten Tage ab keine Linderung eintritt. Verf. stieg bei einem Kinde von zwei Jahren auf 48 Tropfen pro die, und zwar 6 Tage lang, ohne irgend welche Nebenerscheinungen ausser einem Erythem zu beobachten. Wird das Bromoform in der erwähnten Weise gegeben, so heilt die Krankheit in 2—3 Wochen.

629. ***Suppositorien.*** ***Allen*** und ***Hanbury*** geben im Brit. med. Journ. Nr. 1744 statt der bisher üblichen conischen Form der Suppositorien eine neue mehr olivenähnliche Form mit einem zugespitzten und einem abgeschnittenen Ende an, welche den Vortheil haben, auf leichten Druck den Sphincter zu passiren und durch die Muskelcontraction selbst nach oben gebracht zu werden, ohne das lästige Nachschieben des Fingers zu erfordern. Diese Form empfiehlt sich besonders für die häufiger zur Anwendung kommenden Nährsuppositorien.

(Pharmac. Ztg. 1894. 49.)

630. ***Ein menschlicher Vogel Strauss.*** Unter diesem Titel beschreibt ***Fred. Eve*** (Brit. med. Journ. 5. Mai 1894. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 22.) einen Fall, der im Londoner Hospital am 24. April d. J wegen Erscheinungen des Darmverschlusses zur Operation und kurz darauf zur Section kam und



in dessen Darm folgende Fremdkörper gefunden wurden: 40 Flaschenkorke, 30 Stücke Blech, 9 Pennystücke, 10 Stücke von Thonpfeifen, 1 eiserner Ring, 1 Bleikugel, 1 Kautschukring, 3 Lederstücke, Bindfaden, Watte, Zeitungspapier, 1 Stück Leder 9 Zoll lang, mit einem starken Haken an jedem Ende; 1 Stück Bindfaden mit angebundenen Kork- und Blechstücken, ferner verschiedene kleinere Gegenstände. Der Mann erzählte, dass er gewerbsmässig derartige Dinge verschluckt habe; dieselben seien auch massenhaft per vias naturales wieder abgegangen, so dass er glaubte, nichts mehr davon zu beherbergen.

631. ***Ueber locale Anwendung des Schilddrüsensaftes bei Ulcerationen verschiedenen Ursprungs.*** *Von* ***Menzies.*** *(Semaine méd. 1894. 23. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 41.)*

Verf. behauptet, dass er in mehreren Fällen von fressenden Geschwüren, sowie Wunden, die nach Eröffnung von veralteten Bubonen zurückblieben, ferner bei Syphilitikern und weichen Schankern schnelle Heilung erzielte, nachdem er eine Salbe, welche aus Schilddrüsensaft des Hammels, Calomel und Lanolin gemischt war, angewandt hatte.

632. ***Ein Heilmittel gegen Cholera,*** das von dem chinesischen Kaufmann Ho-Amei, an das Reichsamt des Innern eingesendet worden ist, hat sich nach Untersuchungen von Prof. DDr. *Harnack*, Halle, und *Brieger*, Berlin, als höchst giftig herausgestellt. Das Pulver besteht aus einem fein gepulverten Gemenge vegetabilischer Drogen Chinas, unter denen der Rhabarber und eine oder mehrere Drogen mit ätherisch-öligen Bestandtheilen überwiegen, enthält aber ausserdem eine nicht unerhebliche Menge Arsenik und Quecksilber, hauptsächlich in schwer löslichen Verbindungen, als Schwefelquecksilber und Schwefelarsen.

(Correspondenzbl. f. Sachsen. 1894. 7.)

633. ***Zur Behandlung spitzer Condylome*** empfiehlt *Gemy* in Fällen, in denen eine Abtragung derselben nicht thunlich ist, täglich 2—3malige Bestreuung mit

Rp. *Acid. salicyl.*
Pulv. Sabin. aa.

Vor der Bestreuung Waschen und Baden der mit Condylomen besetzten Theile mit warmem Wasser, dem circa 6% Liq. van Swiet. beigesetzt sind. Nach dem Bade und der Bestreuung sind die Vegetationen mit Sublimatwolle sorgfältig abzutrocknen.

(Kinderarzt. 1894.)

634. ***Die Verwendung des Ichthyols*** bei den so lästigen Rissen am Anus empfiehlt Dr. *A. van der Willigen* in Rotterdam. Täglich einmal wird ein Pinsel, in Ichthyol getaucht, eingeführt. Die Application ist nicht schmerzhaft und die Heilung erfolgt in kurzer Zeit, 8—14 Tagen, nachdem oft Alles vergeblich angewendet worden ist. Bekanntlich hat Dr. *Freund*, Privatdocent in Strassburg, ausgezeichnete Effecte durch Application von Ichthyol auf Brustwarzenschrunden erzielt. (Pharm. Post. 1893. — Allg. med. Central-Ztg.)

635. ***Als die beste Behandlungsweise des Nabelschnurrestes*** bezeichnet Dr. *Ljwow* die von ihm geübte Methode. Er tränkt sterilisirte hygroskopische Watte mit Glycerin und legt diese auf den Nabelschnurrest. 4 bis 5 Tage bleibt der Verband liegen, das Kind wird dabei nicht gebadet. Schon am 5. Tage fällt der mumificirte Rest gewöhnlich ab.

(Petersburger med. Wochenschr. 1894. — Memorabilien. 1894. 10. Mai.)

Sitzungsberichte.

636. ***Die möglichen und erlaubten Grenzen einer Prophylaxe der Tuberculose vom Standpunkt der praktischen ärztlichen Erfahrung.*** *Von* ***Dr. August Haupt.*** *Vortrag, gehalten auf dem XI. internationalen medicinischen Congress in Rom. (Allg. med. Central.-Ztg. 1894. 45.)*

Der Verf. sucht sanitäre Massnahmen gegen die Verbreitung der Phthise, welche zu einseitig auf dem Standpunkt der Contagion basiren,



zu bekämpfen. Er führt zunächst als Paradigma für diese Massregeln die 1782 in Neapel erlassenen rigorosen Bestimmungen an, wonach eine fast vollständige Isolirung der Kranken und ihrer Angehörigen durchgeführt werden sollte, Versäumniss der Anzeigepflicht aber mit Verbannung bestraft wurde. Ob die Durchführung dieser Bestimmungen wirklich den gewünschten Erfolg gehabt hat, darüber fehlen statistische Angaben. Dagegen ist in manchen Ländern eine Abnahme der Tuberculosenmorbidität statistisch nachgewiesen, und dafür muss in erster Linie die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse verantwortlich gemacht werden, wie die Trockenlegung der Wohnhäuser, die gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf die Dichte der Wohnenden, der Controle der Ernährung und Arbeitsverhältnisse. Dass die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse sehr viel Einfluss auf die Tuberculosemorbidität hat, das beweist uns namentlich das statistische Material der Strafanstalten und ähnlicher Einrichtungen. Auch hier kommen viel weniger Schwindsuchterkrankungen vor, seitdem der dargebotene Luftraum und die Ernährung sich gebessert hat.

Nach den neueren Anschauungen, die namentlich *Cornet* schroff vertritt, kann Jeder, ob disponirt oder nicht, durch Ansteckung tuberculös werden. Die inficirenden Media sind das Fleisch und die Milch tuberculöser Thiere, namentlich aber das Sputum Tuberculöser — die Tuberkelbacillen in den Fäcalien sollen schnell durch die Fäulnissbacterien vernichtet werden. Von Wichtigkeit wäre also ausser schneller Absonderung des kranken Viehes hauptsächlich die Unschädlichkeitmachung des Sputum, das heisst Aufsaugung in mit Flüssigkeit gefüllten Spucknäpfen. Auf Grund dieser Anschauungen sind jetzt in vielen Anstalten die Vorschriften bezüglich Desinfection und Reinlichkeit genau durchgeführt, trotz alledem sind in manchen Anstalten und namentlich in denen mit Einzelhaft, wo doch die Gelegenheit, angesteckt zu werden, am geringsten sein sollte, die Tuberculosenerkrankungsfälle nicht gemindert.

Andererseits sind Nachforschungen über die Ansteckung in Curorten Schwindsüchtiger in Krankenhäusern angestellt worden, und Verf. führt eine grosse Menge von Gutachten an, die dahin lauten, dass Ansteckungen gar nicht so häufig sind. Namentlich soll auch in der vorbacillären Aera, als man noch nicht so vorsichtig mit dem Auswurf umging, die Ansteckung von Pflegepersonal verhältnissmässig selten gewesen sein. Wenn *Cornet* nachgewiesen hat, dass 60% der mit Krankenpflege beschäftigten Ordensbrüder der Schwindsucht erliegen, so kommt das nach Verf. von den schlechten gesundheitlichen Verhältnissen der Klöster, bei evangelischen Pflegevereinen sollen die Erkrankungen selten sein. Verf. hat bei den 52 ältesten Leuten seines Ortes nachgeforscht und hat gefunden, dass die Meisten Wohnungen innehatten, welche im Sommer von Schwindsüchtigen bewohnt wurden, 17 davon waren sogar Wartepersonal solcher Kranken gewesen. Bei 530 Ehepaaren waren nur in 38 Fällen beide Theile phthisisch, 13mal konnte dabei hereditäre Belastung nachgewiesen werden.

Ueberhaupt legt Verf. auf die Erblichkeit der Krankheit einen ungeheuren Werth, während doch jetzt meist angenommen wird, dass in tuberculösen Familien die directe Uebertragung die Hauptrolle spielte. Er hat unter 1540 Fällen bei $^2/_3$ Erblichkeit nachgewiesen, uud meint, dass nach *Baumgarten's*, *Rindfleisch'* und anderen Forschungen die Erklärung des Vererbungsvorganges eine genügende wissenschaftliche Grund-

lage hat. Die Vererbung ist eine directe durch Uebertragung des Krankheitskeimes von den Eltern auf das Kind. Einen Trost für solche Hereditarier sieht Verf. in der Latenz der Krankheit, d. h. in der Möglichkeit an, dass schon im Körper vorhandene Krankheitskeime lange, vielleicht für's ganze Leben unschädlich bleiben können. Diese Latenz scheint Verf. durch Sectionsbefunde erwiesen.

Auf Grund dieser Anschauungen glaubt der Verf., dass sich die prophylactischen Massregeln weniger auf den Schutz Gesunder als darauf zu richten haben, dass die von Geburt an gefährdeten Individuen vor den zur vollen Entwicklung der Krankheit nöthigen Factoren zu schützen seien. Zunächst hat man bei Tuberculösen oder der Tuberculose Verdächtigen von der Eheschliessung abzurathen, namentlich bei Frauen kommt durch Gravidität die Krankheit oft zum Ausbruch. Ferner ist die Ernährung sehr zu beaufsichtigen. Verf. hält die Ernährung mit sterilisirter Kuhmilch für besser als die mit Muttermilch, da in den niederen Classen auf diese Weise häufig Fütterungstuberculose vorkommt. Die Ernährung der Arbeiter, des Militärs ist zu verbessern. Eine weitere Bedeutung für Entwicklung der Tuberculose kommt dem Aufenthalt in unreiner, verdorbener Luft zu. Namentlich ist für bessere Ventilation der Schulen, bessere Arbeiterwohnungen zu sorgen. Verf. meint, dass alle Spucknäpfe in Schulstuben nicht helfen, wenn sonst dort schlechte Luft herrscht. Es ist für Lungengymnastik zu sorgen. Berufsschädlichkeiten, namentlich Entwicklung von Staub, sind so viel wie möglich zu mindern. Ueberhaupt sind in neuerer Zeit Ansichten hervorgetreten, wonach jeder eigentlichen Phthise ein Infiltrationsprocess vorhergeht. Auch wird neuerdings der phthisische Process für einen Mischprocess gehalten, andere Coccen müssen erst den Boden für die Tuberkelbacillen vorbereiten.

Zum Schluss wiederholt Verf. noch einmal, dass die hauptsächlichste Ursache der Verbreitung der Tuberculose die Erblichkeit und nicht die Contagion ist, und dass der Medicin nur die Aufgabe zufällt, die Widerstandskraft der Menschen zu erhöhen.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Borntraeger, Dr. J., Kreisphysikus. Compendium der gerichtsärztlichen Praxis. Mit 14 Abbildungen im Texte. Leipzig, Verlag von H. Harlang & Sohn (G. M. Herzog), 1894.

Grünwald, Dr. Ludwig. Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. München, Verlag von J. F. Lehmann (Lehmann's medicinische Handatlanten, Bd. IV), 1894.

Haupt, Dr. med. August in Bad Soden a. Taunus. Die möglichen und erlaubten Grenzen einer Prophylaxe der Tuberculose vom Standpunkte der praktischen ärztlichen Erfahrung. Nach einem auf dem XI. internationalen medicinischen Congress in Rom gehaltenen Vortrag. Sonderabdruck aus „Deutsche Med.-Ztg.". 1894, 31—34. Berlin, Verlag von Eugen Groper, 1894.

Heim, Dr. Ludwig, k. bayr. Stabsarzt, Privatdocent an der Universität Würzburg. Lehrbuch der bacteriologischen Untersuchung und Diagnostik. Eine Anleitung zur Ausführung bacteriologischer Arbeiten und zur Einrichtung bacteriologischer Arbeitsstätten, mit zahlreichen vielfach nach Originalphotogrammen hergestellten Abbildungen und mit 8 Tafeln in Lichtdruck, enthält 50 Photogrammen von Mikroorganismen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894. (Bibliothek des Arztes. Eine Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.)

Helmkampff, Dr. med. H., Badearzt in Elster. Führer durch Bad Elster und Umgebung. Ein Freund und Rathgeber für Kranke und Gesunde. Mit einem Plane von Bad Elster, sowie einer Karte der Umgegend. Fünfte, stark vermehrte und völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig, B. Konegen, 1894.



Karenski, Dr. Ferdinand, Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters. Mit 325 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894,

Kobert, Prof. Dr. R., kaiserl. russischer Staatsrath. Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat mit 5 farbigen Tafeln. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Mathon, Dr. J., em. Operateur der I. chirurgischen Universitätsklinik des *Hofrathes Prof. Albert* in Wien. Die chirurgische Nachbehandlung; nach klinischen Erfahrungen für praktische Aerzte und Studirende zusammengestellt. Mit 3 Figuren im Texte. Wien, Verlag von Josef Šafář, 1894.

Mygind, Dr. med. Holyer, Taubstummheit. Kopenhagen, Berlin und Leipzig, Verlag von Oscar Coblentz, 1894.

Nitzelnadel, Dr. Ernst, praktischer Arzt in Schneeberg i. S. Therapeutisches Jahrbuch. Vierter Jahrgang. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1894.

Preindlsberger, Dr. Jos. Die Behandlung der Gelenkstuberculose und ihre Endresultate aus der Klinik Albert. Mit einer Vorrede von *Hofr. Prof. Dr. E. Albert.* Wien, Verlag von Josef Šafář, 1894.

Preysz, M. D. Cornelius, Formerly suppl. Professor at the University of Kolozsvár. The Effects of sea-Baths with a special vien to lake balaton. Braumüller's Collection Nr. 105. Vienna et Leipzig, William Braumüller imp. et roy publisher and Booksellers of the university, 1894.

Rüdinger, D. N., o. ö. Professor der Anatomie an der Universität München. Cursus der topographischen Anatomie. Dritte, vermehrte und erweiterte Auflage. Mit 79 zum Theil in Farben ausgeführten Abbildungen. München und Leipzig, Verlag von J. F. Lehmann, 1894.

Schlichter, Dr. Felix, em. I. Secundararzt der niederösterr. Landesfindelanstalt. Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme. Mit 5 Abbildungen. Wien, Verlag von Josef Šafář, 1894.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

637. *Ueber die physikalischen Untersuchungsmethoden der Nieren.*

Von Prof. Dr. M. Litten, Berlin.

(Wiener klin. Wochenschr. 1894. 15.)

(Fortsetzung und Schluss.)

Ein zweites Verfahren, um die Nieren der Palpation zugängig zu machen, welches bisweilen brauchbare Resultate liefert, ist das von *Guyon* empfohlene Ballottement rénal. Dasselbe besteht seinem Wesen nach in der Hervorbringung einer schnellenden Bewegung der Nieren von hinten nach vorn, wodurch die Palpation des Organs von der vorderen Bauchwand aus ermöglicht wird.

Eine andere Methode der Nierenpalpation beschreibt *Morris*. Er lässt den Kranken mit gekrümmten Knien auf der der kranken entgegengesetzten Seite liegen, so dass alle beweglichen Eingeweide nach dieser Seite hin sinken. Dann bildet sich eine tiefe Höhlung vor dem Quadratus lumborum aus, in welcher die Niere als der höchstgelegene feste Körper in der Bauchhöhle gefühlt wird. In dieser Weise hat *Morris* noch mehrfach die Niere fühlen können, wo er es unter anderen Bedingungen nicht mehr im Stande war.

Es fragt sich nun weiter: Unter welchen Bedingungen kann man die Niere fühlen? Um diese Frage zu beantworten, muss man zunächst einen Unterschied zwischen den Geschlechtern und bei Frauen zwischen rechter und linker Seite machen. Im Allgemeinen kann man sagen: man wird eine normale Niere um so leichter fühlen, je schlaffer die Bauchdecken sind, je magerer das Individuum ist und je tiefer es inspirirt. Aber auch unter den günstigsten Bedingungen kann man die Niere durchaus nicht jedesmal fühlen; andererseits häufig genug bei Individuen, die keinerlei Beschwerden und keinerlei nachweisbare Krankheitssymptome darbieten, also unter Bedingungen, welche als physiologische angesehen werden können. Die Häufigkeit, mit der man bei Männern die Nieren normaliter fühlen kann, ist keine grosse; nach Verf.'s Untersuchungen in circa 6—8% der Untersuchten. Natürlich sind dabei alle Fälle ausgeschlossen, bei denen eine Dislocation der Niere oder eine Wanderniere, oder eine Dilatatio ventriculi vorliegt. Ganz anders verhält es sich bei Frauen; bei diesen kann man die linksseitige Niere in circa 30%, die rechtsseitige in circa 75% aller Fälle fühlen. Betrachtet man den gewaltigen Unterschied zwischen

Männern und Frauen, so muss eine fundamentale Ursache vorhanden sein, welche Verf. vorzugsweise in der grösseren Spannung der Bauchdecken und vor Allem in dem festeren Gefüge und Zusammenhalt der Eingeweide, und hier namentlich des Quercolons bei Männern sucht. So viel aber steht unbestreitbar fest, dass man unter günstigen Verhältnissen die Niere fühlen kann, und zwar unter Bedingungen, die man noch als physiologische bezeichnen kann, so dass nicht etwa jede fühlbare Niere, auch bei Männern, als pathologische bezeichnet werden darf. Bei Frauen spielt natürlich die Erschlaffung der Bauchdecken nach vorangegangenen Geburten eine grosse Rolle, obwohl sich unter unseren Kranken auch sehr viele Mädchen und Frauen, die nicht geboren hatten, befanden. Ausserdem kommt wesentlich der Zustand der sogenannten Enteroptose oder Splanchnoptose in Betracht, welche in einer grossen Erschlaffung der Eingeweide und ihrer Ligamente, namentlich des Quercolons, besteht. Dieses letztere ist jedenfalls für die Sicherung der Lage der Nieren von grösster Bedeutung. Frägt man ferner, warum der Procentsatz der fühlbaren Nieren rechts ein so viel grösserer ist, als links, so kann unmöglich die physiologisch tiefere Lage der rechten Niere in Betracht gezogen werden, welche viel zu gering ist, um so grosse Differenzen zu erklären; vielmehr kommt auch hier wahrscheinlich vorzugsweise die grössere Erschlaffung der Flexura hepatica coli in Betracht, sowie derjenigen fixirenden Ligamente, welche dieselbe mit der Leber und rechten Niere verbinden. Verf. ist der Ansicht, dass man bei Frauen ziemlich regelmässig auf der rechten Seite die Niere palpiren kann, ohne dass Krankheitserscheinungen concurriren. Er hat dabei aber nur jene Fälle im Auge, wobei die Nieren unterhalb des Rippenbogens bei tiefer Inspiration hervortreten, während alle jene Fälle, in denen das Organ an einer anderen, entfernten Stelle gefunden wird und abnorm verschieblich und beweglich ist, in's Gebiet der Pathologie gehören.

Zu erwähnen wäre noch, dass man nicht selten, und auch hier vorzugsweise bei Frauen, die Niere, oder den unteren Abschnitt derselben schon in der Ruhe fühlen kann, ohne dass tief inspirirt wird. In diesen Fällen fühlt man bimanuell unterhalb des Rippenbogens einen verschieden grossen Abschnitt des Nierenkörpers, der dann bei tiefer Inspiration gänzlich unter dem Rippenbogen hervortritt und der genauen Untersuchung auf's Leichteste zugängig wird. Hierbei handelt es sich lediglich um eine Steigerung der beschriebenen Verhältnisse, nicht etwa um eine sogenannte Wanderniere. — Verwechslungen normaler Nieren mit anderen Organen können bei einiger Aufmerksamkeit kaum vorkommen; namentlich ist das Echappement ein ganz charakteristisches und sicheres Zeichen, dass man es mit der Niere zu thun hat. Auch die Percussion würde, wenn Jemand eine linksseitige fühlbare Niere etwa mit der Milz verwechselte, Aufschluss geben. Bei gleichzeitig vergrösserter Milz fühlt man den Rand derselben bei tiefer Inspiration hart unter dem Rippenbogen, während man in der Tiefe darunter den leicht beweglichen, rund-ovalen Körper der Niere palpiren kann. Anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich um eine degenerirte Niere handelt. Für grosse Nierentumoren in Folge

von Neoplasmen könnte die Percussion unter Umständen in Betracht kommen; bei cystischen Degenerationen, namentlich Hydro- und Pyonephrosen, käme die Verwechslung rechts mit ausgedehnten Gallenblasen, oder einer Hydatidengeschwulst der Leber, links mit Pancreascysten oder eventuell mit Milzechinococcen in Betracht. Hier würde das Resultat einer Probepunction, oder eventuell der Harnuntersuchung in den meisten Fällen massgebend sein, ausserdem die ganze Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte des Krankheitsfalles.

Bezüglich der Percussion der Niere, der früher allein geübten Methode der physikalischen Nierenuntersuchung, führt Verf. aus: Die Niere liegt extraperitoneal, von der vorderen Bauchwand durch Darmschlingen getrennt. In Folge dessen gibt sie bei der Percussion einen ausgesprochen tympanitischen Schall, obgleich man sie so dicht an die Bauchwand andrücken kann, dass man glauben sollte, sie durch einen Stich von minimaler Tiefe verletzen zu können. Diese Eigenschaft sichert die Niere vor Verwechslungen mit der Milz, welche auch bei leisem Anschlag ausgesprochene Dämpfung ergibt. Was nun die Percussion vom Rücken her anbetrifft, so liegt es an der anatomischen Lage der Niere, dass von vorneherein der obere Rand, welcher rechts an die Leber, links an die Milz grenzt, sowie der mediale Rand, welcher durch eine Schalldifferenz von der Wirbelsäule nicht abgegrenzt werden kann. dem Nachweis durch die Percussion entgehen. Was die Bestimmung der unteren Nierengrenze anbetrifft, so ist sie in praxi auch nicht mit einiger Sicherheit zu bestimmen; abgesehen von den die Nieren bedeckenden mächtigen Weichtheilen, kommt noch die verschieden starke Fettkapsel in Betracht, welche nach *Pansch* unterhalb der Niere vollständig dieselbe Dicke hat, wie in der Mitte der Niere.

Ein gleichmässig bis zum Darmbein gehender Dämpfungsbezirk würde also durchaus nicht immer identisch sein mit der eigentlichen Nierendämpfung. Es bliebe somit nur der untere Theil des lateralen Randes übrig, welcher durch die Schalldifferenz gegenüber dem tympanitischen Schall des Colon ascendens auf der rechten Seite, des Colon descendens auf der linken Seite abgegrenzt werden könnte. Diesen Rand findet man jederseits durchschnittlich in der Entfernung von 10 Cm. von der durch die Proc. spinosi bezeichneten Medianebene. Hierbei ist zu bemerken, dass diese Abgrenzung auch nur dann möglich ist, wenn das Colon nicht mit Kothanhäufungen angefüllt ist; alsdann würde der tympanitische Schall desselben fehlen können. Andererseits würde die Nierendämpfung bei stark meteoristischer Aufblähung des Colon oder bei starker Flatulenz des Magens auch nicht nachweisbar sein. — Noch ein anderer Punkt scheint Verf. erwähnenswerth, auf den *Pansch* hinweist. Dieser betrifft die Thatsache, dass die schräge Lage der Querachsen der Nieren nicht nur bei verschiedenen Individuen, sondern namentlich auch auf den beiden Seiten desselben Individuums eine äusserst verschiedene sein kann (Differenz bis über 40°). Die Folge davon ist, dass in dem einen Falle die ganze hintere Fläche, in dem anderen fast nur der convexe Rand dorsalwärts gerichtet ist, und dass die Nieren von hinten im ersten Falle sehr breit, im anderen sehr schmal erscheinen.

Frägt man, in welchen Fällen die Nierenpercussion vorzugsweise in Betracht kommt, so werden es zwei sein: einmal, wenn es sich um die Frage handelt, ob die Niere auf der einen Seite fehlt, oder wenigstens nur zeitweise vorhanden ist, was auf eine Dislocation der einen Niere hinweisen würde; das andere Mal, wenn es sich um den Nachweis grösserer Nierentumoren handelt, in Fällen, in welchen man das Ergebniss der Palpation noch durch die Percussion zu controliren wünscht. Solche Nierengeschwülste ergeben erfahrungsgemäss eine von der Nierengegend aus mehr oder weniger weit um den Thorax herum sich erstreckende Dämpfung, die dadurch ausgezeichnet ist, dass über die seitliche oder hintere Fläche ein breiter Streifen tympanitischen, hellen Percussionsschalles verläuft, der dem auf der Nierengeschwulst befestigten Colon ascendens oder descendens entspricht.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

638. ***Ueber Encephalasthenia.*** *Von Dr. Julius Althaus, London. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 13.)*

Verf. entwickelt für die Pathologie der bisher als Neurasthenie bezeichneten Krankheit wesentlich neue Gesichtspunkte. Er nimmt zur Erklärung des ungemein wechselvollen Krankheitsbildes stets eine Affection des Gehirnes an. Eine physikalische Basis, d. h. eine solche, die pathologisch-anatomisch mit unseren Hilfsmitteln zu demonstriren wäre, scheint es nicht zu geben. Das Wesen der Krankheit besteht vielmehr in einer Herabsetzung der Ernährung der Nervenzellen des Gehirns, die durch Vererbung oder andere Ursachen hervorgebracht sein kann. Diese Ernährungsveränderungen stehen sicherlich mit der Blut- und Sauerstoffzufuhr zu den Nervenzellen des Gehirns in engem Zusammenhang. *Meynert* erklärt das Gefühl von Furcht, Angst und Schrecken durch Annahme einer Anämie der Rindensubstanz und darauffolgende Hyperämie der darunterliegenden Theile, während eine übergrosse Blutzufuhr eine abnorme Reizung der cardialen, respiratorischen und vasomotorischen Centren verursachen kann. Des Weiteren glaubte *Kesteven* objectiv einen durch herabgesetzte Ernährung veränderten, respective beschädigten Zustand der Nervenzellen der Rindensubstanz bei der „nerve dulness“ (ein in Dementia endender Zustand) nachzuweisen dadurch, dass er das specifische Gewicht des Gehirngewebes als unter der Durchschnittsziffer liegend (1033 gegen 1038·30) fand. Für eine grosse Anzahl von Fällen trifft jedoch nach der Ansicht des Verf. diese Erklärung nicht zu. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass die Grundursache der zahllosen Symptome von „faillure of brain power“ in einer krankhaften Störung der elektrischen Ströme, wie sie in jeder einzelnen Gehirnzelle bestehen, zu suchen sei. Die in den Zellen der grauen Substanz entwickelte Kraft, d. h. die Kraft der elektrischen Batterie, wird von den Nervenröhren als Leitungsdrähten dorthin geleitet, wo sie sich manifestiren soll. Wendet man das *Ohm*'sche Gesetz auf diese Verhältnisse an, so könnte man sich dahin ausdrücken, dass die Energie der Zelle

(B) gleiche der entwickelten Kraft (F), getheilt durch den ihr in der Zelle selbst entgegentretenden Widerstand (R), dass die Formel also $B = \frac{F}{R}$ laute. Abänderungen in der Energie der Nervenzellen, wie man sie bei der in Frage tretenden Neurose antrifft, können durch Veränderungen in der Erzeugung von F oder R oder beiden erklärt werden. Bei der in Rede stehenden Neurose deuten häufig die Symptome mehr auf übergrossen Widerstand als auf verminderte Krafterzeugung hin. Oft kann der Patient von der vorhandenen Kraft nicht Gebrauch machen, weil der Widerstand gegen das Freiwerden der Energie nicht überwunden werden kann. Die paralytische Form der Neurose dürfte auf diese Weise ihre Erklärung finden. Für die sich durch starke Ueberreizbarkeit und Hyperästhesie sich auszeichnenden Fälle muss man im Gegensatz dazu einen verminderten Widerstand annehmen. Die thierische Physiologie gestattet nach den Experimenten von *Wundt* und *Pflüger* diese Annahme. An ausgeschnittenen Froschnerven tritt nach wiederholten Reizen eine Ermüdung und eine Verminderung des Widerstandes ein. In manchen Fällen ist letztere bisweilen so bedeutend, dass ein minimaler Reiz eine heftige Reaction hervorruft, in Folge des ungebührlich leicht gewordenen Widerstandes, und nach einiger Zeit zu völliger Erschöpfung führt. Der enge Zusammenhang der Neurose mit der mangelhaften Erzeugung thierischer Elektricität wird noch deutlicher ex juvantibus. In allen Fällen von sogenannter Neurasthenie kann die Anwendung der Elektricität Hilfe und Heilung bringen, wenn nur der Sitz des Leidens genau diagnosticirt ist. Verf. selbst ist es öfters begegnet, dass bei Anwendung des elektrischen Stromes an einer irrthümlich für erkrankt angesehenen Gehirnstelle keine Besserung, bei Behandlung einer anderen, nach weiterer Ueberlegung als wirklich erkrankt erkannten Stelle schnelle Heilung eintrat. Diese Thatsache allein genügt schon, um die jetzt allgemein beliebte Bedeutung der „Suggestion" bei der Elektrotherapie um ein Bedeutendes zu schmälern. Die Krankheit ist eben von der Hysterie, Hypochondrie etc. streng zu unterscheiden. Ebensowenig wie man mit *Arndt* diese Erkrankung als eine Vorstufe der schwersten Nervenerkrankungen auffassen darf (der einfache asthenische Zustand besteht 20—30 Jahre lang unverändert, die organischen Nervenerkrankungen dagegen beginnen in der Regel mit definitiven, mitten in der Gesundheit auftretenden Symptomen, wie Aphasie, Epilepsie etc.), so wäre es auch verkehrt, wie viele und sogar bedeutende Aerzte es thun, die Klagen solcher Patienten einfach als Unsinn und Ausfluss von Energielosigkeit zu betrachten. Die Prognose ist glücklicherweise in der Mehrzahl der Fälle günstig. Da alle Symptome des Leidens durch einen krankhaften Zustand irgend einer Gehirngegend erklärt werden können, so ist es angebracht, den Ausdruck „Neurasthenie" durch „Encephalasthenia" zu ersetzen. Der Name hat weiterhin den Vorzug, international zu sein, so dass die vielfach gebrauchten englischen Ausdrücke, wie „nervous exhaustion", „nerve dulness", „common neuroses", „faillure of brain pover" etc. in Wegfall kämen.



639. ***Ein Fall von hartnäckigem Darmcatarrh bei einem an Diathesis urica leidenden Patienten.*** *Von Dr. Edelheit. (Wiener med. Presse. 1894. 11. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 26.)*

Ein 48jähriger Mann, mit den Erscheinungen der harnsauren Diathese, dessen Urin sehr reichliche Urate enthielt, wurde von heftigen Darmbeschwerden befallen, bei welchen häufig, in kurzen Intervallen und unter hochgradigen Schmerzen kleine Quantitäten chocoladefarbenen Stuhles entleert wurden; zum Theil hatten sie dasselbe Aussehen wie das Sediment des Harns und zeigten deutliche Harnsäurereaction, während ein anderer Theil sich von den gewöhnlichen Fäces nicht unterschied. Diese Enteritis urica dauerte circa 12 Wochen an, ging dann bei entsprechender Behandlung in Heilung über, und ein später nochmals auftretender Anfall konnte bereits nach 4 Tagen coupirt werden.

640. ***Ueber das Vorkommen und die Bedeutung eigenartiger Figuren erweiterter Hautvenen am unteren Theil des Thorax.*** *Von Dr. W. Hirschlaff. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 11. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 26.)*

In der Gegend des unteren Rippenbogenrandes sieht man bei vielen Menschen ein feines Netz von Venenectasien, ungefähr am Uebergang von Brust- und Bauchmuskeln, nach hinten die Axillarlinie nicht überschreitend. Die Venen der Haut und Muskeln der vorderen Brustwand entleeren sich in die Venae intercostales ant. und die Rami perforantes, welche nach Durchbohrung der Musculi intercostales mittelst der Vena mammaria interna und intercostales ihr Blut der Vena azygos und hemiazygos zuführen. Durch die normal straff angezogene Pleura wird nun das Lumen der Venae intercostales an der Einmündungsstelle klaffend erhalten, und es besteht daher unter Einfluss der Athmung für den Abfluss des Venenblutes ein Saug- und Druckapparat. Besteht nun eine ungenügende Ausdehung des Thorax bei der Athmung, eine ungenügende Contraction der Intercostalmuskeln oder eine Erschlaffung der Pleura, Zustände, die vorwiegend beim Lungenemphysem sich entwickeln, so können in den Hautvenen der unteren Thoraxgegend Stauungen auftreten, zumal die unteren Venae intercostales keine Klappen besitzen. Indem sich nun thatsächlich diese Venenectasien hauptsächlich bei Lungenemphysem finden, seltener bei anderen chronischen Herz- und Lungenleiden, will Verf. diesem Symptom einen diagnostischen und prognostischen Werth zuerkennen.

641. ***Ueber Polyneuritis mercurialis.*** *Von R. v. Engel. (Prager med. Wochenschr. 1894. 6 u. 7. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 20.)*

Verf. hatte Gelegenheit, dieses vor Kurzem von *Leyden* beschriebene Krankheitsbild bei einer 29jährigen Frau zu beobachten, welche wegen Lues pharyngis einer Schmiercur unterzogen worden war. Nachdem 20 Grm. Unguent. cin. verbraucht worden waren, begann das Leiden mit Ameisenlaufen in den Fingerspitzen; nach 2 Tagen zeigten sich auch Parästhesien in den Unterextremitäten; in kurzer Zeit (14 Tagen) entwickelten sich schwere motorische Störungen der unteren, geringere der oberen Extremitäten, hochgradige Ataxie, Paresen von schlaffem Typus, schwere Störungen



der Empfindung, sowohl des Tast- als des Temperatursinnes, beschränkt auf die Enden der Extremitäten, rasches Erlöschen der Reflexe, rechtsseitige Abducensparese. Ausserdem in dem vorher normalen Harn Eiweiss mit einigen Formelementen; die Albuminurie verschwand wieder nach einigen Tagen. Nachdem nun die Quecksilbereinreibungen fortgelassen wurden, erholte sich die Pat. ziemlich rasch. Zuerst verschwanden die motorischen Störungen, die Ataxie, langsamer die Sensibilitätsstörungen und die mangelnde Stereognose. Die Function des rechten Abducens stellte sich vollkommen wieder her; aber noch nach längerer Zeit ergab die elektrische Untersuchung der Nervi peronei und tibiales und der Muskeln starke Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit, sowie partielle Entartungsreaction. Am längsten blieb die Wiederkehr des Patellarreflexes aus. Nach 2 Monaten wurde nun gelegentlich wieder Eiweiss und einige granulirte Cylinder im Harn nachgewiesen. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine präexistirende chronische Nephritis mit intermittirender Eiweissausscheidung gehandelt hat. Die nicht mehr vereinzelte Beobachtung der Entstehung einer Polyneuritis durch Quecksilbereinreibung dürfte mahnen, bei gewissen Nervenkrankheiten, wie z. B. Tabes, eine Schmiercur nur mit grosser Vorsicht anzuwenden.

642. ***Zur Behandlung der Hysterie.*** *Von Dr.* ***Ewald Hecker.*** *(Therap. Monatsh. 1894. 4 u. 5. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 50.)*

Während in früherer Zeit die Hysterie als eine Reflexneurose, ausgehend von einer Genitalreizung, betrachtet wurde, später als eine functionelle Nervenkrankheit, speciell eine Erschöpfungsneurose, ist man in neuerer Zeit, seit *Liebermeister's* Vorgang, mehr geneigt, die Krankheit als psychisch zu bezeichnen. Auch Verf. sucht zu beweisen, dass die körperlichen Symptome psychisch bedingt sind. Für das psychische Verhalten der Kranken gelten nach ihm drei Fundamentalbeobachtungen: *a)* „Bei Hysterischen sind nahezu alle — auch die sonst unbetonten — Vorstellungen von einem mehr oder weniger lebhaften Gefühl begleitet. *b)* Diese Gefühle steigern sich überaus gern zu den entsprechenden Affecten. *c)* Diese aber haben, gerade weil sie nicht besonders motivirt sind, keine Ausdauer, sie schwinden so leicht, wie sie gekommen sind, und bewirken dadurch den für Hysterie so charakteristischen, schnellen, scheinbar launischen Stimmungswechsel." Die Affecte nun sind von ganz bestimmten körperlichen Erscheinungen begleitet; wie die Affecte selbst, so sind auch diese Erscheinungen bei den Hysterischen gesteigert, besonders treten in den Vordergrund die Unlust erregenden Affecte: Schreck, Zorn, Erwartungsaffecte, Furcht, Angst. Schreck ist häufig die unmittelbare Veranlassung zum Ausbruch der Hysterie, und es sind eigentlich die Hauptsymptome der Hysterie nur die gesteigerten Erscheinungen des Schrecks, z. B. Attonität, Aphonie, Urina spastica u. s. w. Ein ähnliches Verhältniss construirt Verf. zwischen Neurasthenie und Angstaffect. Die Affecte steigern die Suggestibilität, in der Angst z. B. bildet man sich alles Mögliche ein, so ist auch die krankhaft gesteigerte Suggestibilität ein Hauptzeichen der Hysterie. Dieselbe Grundlage hat die Sucht zur Uebertreibung, die Patienten



„bilden sich nicht eigentlich ein“, dass sie irgendwo Schmerz haben, sondern sie suggeriren sich den Schmerz. Dass die Erscheinungen psychisch bedingt sind, erkennt man auch daraus. dass es sich z. B. nicht um Lähmungen physiologisch abgegrenzter Gebiete handelt, sondern um functionelle Lähmungen, wie bei der Astasie-Abasie, wo die Beine im Liegen noch sehr gut bewegt werden können und bei ähnlichen Affectionen. Da nun die körperlichen Symptome psychisch bedingt erscheinen, stellt Verf. den Satz auf, dass auch die Behandlung psychisch sein muss. Da die Krankheit meist auf erblicher Anlage beruht, muss man verhindern, dass bei Kindern sich eine übermässige Reizung der Phantasie und ein Ueberwuchern des Gemüthslebens sich entwickelt. Man muss von Anfang an den eigenen Willen der Kinder häufig durchkreuzen, sie Sports treiben lassen, welche geeignet sind, den Muth zu heben und Angstgefühle zu unterdrücken. Einschüchterungen, Erregung von Affecten überhaupt und von überflüssigen Sinneseindrücken muss man vermeiden. Bei der Behandlung der Krankheit selbst muss man Alles entfernen, was in der Richtung der Krankheit wirken kann. Da die Angehörigen die Kranken meist nicht verstehen, sie entweder verzärteln oder zu schroff gegen sie sind, ist die Unterbringung in eine Anstalt sehr erwünscht. Die Patienten lernen in fremder Umgebung auch leichter ihre Wünsche unterdrücken, sind also weniger Erregungen ausgesetzt. Auch eine streng durchgeführte Hausordnung und die ständige Controle des Arztes wirken beruhigend. Irrenanstalten sind allerdings nur für das eigentlich hysterische Irresein zu reserviren, für die meisten Fälle empfiehlt sich die Unterbringung in „Anstalten für Nervenkranke“, in denen keine Psychosen Aufnahme finden. Die Anstaltsbehandlung hat sich hauptsächlich darauf zu richten, die das Krankheitsbild am meisten beherrschenden Affecte abzuschwächen. Von Nutzen ist dabei grosse Energie, manchmal auch Grobheit. doch ist letztere in den meisten Fällen sehr schädlich. Einen grossen Einfluss hat auch die Ablenkung durch ruhige Geselligkeit, eine leichte, aber geordnete Thätigkeit. Die Hypnose, verständig angewandt, das heisst soweit, dass ein eigentlicher Somnambulismus nicht eintritt („Sie hören Alles, was ich Ihnen sage, und erinnern sich später an Alles“) und dass namentlich das Ich-Bewusstsein nicht perturbirt wird, kann insofern von grossem Nutzen sein, als sie oft sehr unangenehme Symptome beseitigen lässt. Die hochgradige Suggestibilität, auch im Wachzustande, führte zur angeblichen Heilung durch Reliquien. *J. Breuer* und *S. Freund* fanden. dass, wenn man den Vorgang, der den Ausbruch der Hysterie veranlasste, in der Hypnose wiederkehren lässt, und so die Patienten sich des dabei entstandenen Affects entäussern lässt, oft die Hysterie vollkommen geheilt wird. Arzneimittel können nur symptomatisch wirken, Paraldehyd und Sulfonal sind die ungefährlichsten Schlafmittel. Die diätetische Behandlung ist die Hauptsache, Landaufenthalt, *Weir-Mitchel*'sche oder *Playfair*'sche Mastcur, milde Wassercur oder verständige Anwendung der Elektricität können von Nutzen sein. Auch ist es oft empfehlenswerth, krankhafte Zustände, z. B. der Genitalien, zu behandeln. Die Hauptsache aber bleibt die psychische Behandlung.



Neuere Arzneimittel.

643. ***Zur therapeutischen Verwendung der Schilddrüse, Thyreoidinum siccatum.*** *(E. Merck's Bericht 1894.)*

Die subcutane und innerliche Einverleibung der Schilddrüse und eines daraus bereiteten Extractes wird in jüngster Zeit namentlich von englischen Aerzten bei Myxödem empfohlen, das nach den Untersuchungen von *Kocher, Eiselsberg* und *Horsley* (vergl. Brit. med. Journ. 1891, II, 797) auf den Verlust der Functionen der Schilddrüse zurückzuführen ist. Da die Verabreichung der rohen und gekochten Drüse in vielen Fällen auf den Widerstand des Patienten stösst und sich daher nur schwer durchführen lässt, so wurde das Thyreoidinum siccatum dargestellt, das die wirksamen Bestandtheile der Schilddrüse in handlicher Form darbietet und besser vertragen wird. Durch das Eintrocknen wird die Wirksamkeit des Mittels nicht beeinträchtigt und damit bereitete Pillen bleiben auch noch nach Monaten wirksam. Vom Thyreoidinum siccatum können im Allgemeinen Dosen von 0,1—0,3 Grm. pro die gegeben und diese allmälig auf das Doppelte gesteigert werden. Es empfiehlt sich, das Mittel am besten in Pillen oder Pastillenform zu verordnen, und zwar nach folgenden Formeln:

Rp. *Thyreoidini siccati 2·0,*
Terrae siliceae et
Mucilaginis Tragacanth q. s.
ut f. pilulae Nr. XX
consperg. lycopodio.
DS. 1—3—6 Pillen täglich

Rp. *Thyreoidini siccati 2·0,*
Sacchar. lactis 18·0,
M. ut f. Trochisci Nr. 20.
DS. 1—6 Pastillen täglich.

644. ***Ueber die therapeutische Verwerthbarkeit der Jodsäure und des jodsauren Natrons.*** *Von Dr. J. Ruhemann, Berlin. (Therap. Monatsh. 1894. 3.)*

Nach *Liebreich's* Ansicht muss die Jodsäure therapeutisch stets von dem Gesichtspunkte aus betrachtet werden, dass bei Gegenwart von Jodwasserstoffsäure oder jodwasserstoffsauren Salzen eine Abspaltung von Jod stattfindet und dass sie an und für sich als jodhältiges Präparat wirken kann. Andererseits führt die chemische Betrachtung der Jodsäure dahin, dass, wenn im Organismus eine Reduction zu Jodalkali beginnt, die weitere Jodabscheidung in beschleunigtem Tempo vor sich gehen muss. *Binz,* der die Jodsäure früher als temperaturerniedrigendes Mittel untersuchte, verglich diese Verbindung mit dem Jodoform und zog die directe Abscheidung des Jodes in statu nascendi im Organismus in Betracht. Bezüglich des Verhaltens von Jodsäure im Organismus ist bekannt, dass Jodsäure im Organismus reducirt wird und zumeist als Jodalkali im Harn ausgeschieden wird. Doch kann auch ein Theil der Jodsäure den Körper passiren und im Harn auftreten. Bezüglich des Verhaltens von Jodsäure in den Secreten und Excreten des menschlichen Körpers ergab sich, dass sowohl der saure Urin, als



auch der ausgeheberte normale Magensaft, sowie auch der saure salzsäurefreie Mageninhalt aus der Jodsäure Jod abspalten. In gleicher Weise spalten Galle, Blut und Eiter, welche mit verdünnter Salzsäure oder Milchsäure versetzt sind, Jod aus Jodsäure ab. Mundschleimhaut scheidet ohne Säurezusatz Jod aus Jodsäure ab. Zusatz von Jodsäurelösung zu dem Blute lässt spectroskopisch die Oxyhämoglobinstreifen verschwinden. Setzt man ferner unter dem Mikroskop zu einem Tropfen Blut einen Tropfen einer 10%igen Jodsäurelösung, so quellen die rothen Blutzellen sofort auf und lösen sich nach einigen Minuten vollkommen, während die weissen Zellen intact bleiben und allmälig in schöner Weise ihre Kerne und Kernkörperchen zeigen, ohne dass die Zellsubstanz selbst erheblich verändert wird. Da die Jodsäure nur die weissen Zellen übrig lässt, so ist damit eine Methode gegeben, wornach man bequem die in einem Objectfelde liegenden weissen Blutkörperchen zählen kann, was für die Diagnose gewisser pathologischer Processe gut verwerthet werden kann. Schon *Binz* sprach in seiner Arbeit über „Die Jodsäure als Antipyreticum“ den Gedanken aus, dass sie innerlich und äusserlich an Stelle des Jodoforms vielleicht Verwendung finden könnte. Auf klinischen Erfahrungen gelangt Verf. zu folgenden Ergebnissen über die Wirkung der Jodsäure, beziehungsweise des jodsauren Natriums: „das jodsaure Natrium kann in reiner Form bei Ulcerationen, Nasencatarrhen und Laryngitiden erfolgreich angewendet werden. Für die Behandlung des Ohres sind Verdünnungen mit Borsäure in dem Verhältnisse von 1 Theil des Salzes bis zu 5 Theilen Borsäure, in der Wundbehandlung in einem von 4 bis zu 10 Theilen indicirt. Bei dem Auge kann man eine Lösung von 1 : 10 bis 20 Theilen Wasser zu Instillationen anwenden. Innerlich erstreckt sich der günstige Einfluss des jodsauren Natriums auf scrophulöse Affectionen, Drüsenschwellungen, Bronchialasthma u. s. w. Die subcutane Injection (Dose 0·05—0·2 Grm.) hat vortreffliche Wirkungen auf die Zertheilung von Drüsenschwellungen, narbigen Strängen, auf rheumatische Schmerzen und Schwellungen, ferner auf acute und chronische Neuralgien, Neuritis, Spätsyphilide und Nervensyphilis. Man kann gefahrlos bei einer Cur im Ganzen bis zu 15 Grm. injiciren. Bei interner Darreichung kann man pro die 1·0 Grm. verabfolgen, am zweckmässigsten erscheint die Pillenform; man lässt von 0·15 Grm. enthaltenden Pillen dreimal täglich eine bis zwei verabfolgen. Die wässerigen Lösungen gebe man in Milch nach den Mahlzeiten. Kinder vertragen das Mittel recht gut. Selbst wochenlanger Gebrauch desselben übt keine schädlichen Wirkungen auf den Appetit und die Verdauung aus. Vor Allem sieht man bei dem chronischen Bronchialasthma recht ausgezeichnete Wirkungen durch den fortgesetzten Gebrauch von jodsaurem Natrium in Pillenform. Die Jodsäure, deren blutstillender Einfluss (5%ige Lösung) in der Externbehandlung von hohem Werthe ist, lässt sich für chirurgische Zwecke als Aetzstift vortrefflich verwenden. Besonders empfiehlt sich dieser bei Ulcerationen des Penis, der Schleimhäute, bei Ulcus cruris, chronischer hyperplasirender Pharyngitis u. s. w. In der Nase, dem Kehlkopf, der Gebärmutter sind 10%ige Lösungen zu verwerthen, auch 10%ige Salben können daselbst applicirt werden.



Zu Instillationen in die Conjunctiva lassen sich 5%ige Lösungen verwenden. Bei Gonorrhoe sind 0·05—0·1%ige Lösungen zur Injection vortheilhaft, besonders bei Zusatz von Cocain. Als Gurgel- und Mundspülwasser lässt sich eine dünne Lösung bei Angina, Diphtherie, Schleimhautgeschwüren u. s. w. gut gebrauchen. Dass man ferner durch Einreibung von 5—10%igen Salben einen wirksamen Einfluss bezüglich der Beseitigung rheumatischer Muskel- und Gelenksaffectionen, der Resorption entzündlicher Exsudate, der Verkleinerung von Drüsenschwellungen, der Auflösung von Schwielenbildung u. s. w. erzielen kann, scheint mir nach meinen sonstigen Erfahrungen ausser Zweifel gestellt zu sein. Die subcutane Injection der Jodsäure schmerzt auch bei Cocainzusatz recht beträchtlich; nach der Application muss die Stelle energisch massirt werden, damit nicht derbe Narben in der Haut entstehen. Ob man vielleicht an der Stelle der Jodoforminjection bei tuberculösen Gelenksaffectionen die Jodsäureeinspritzung vortheilhaft verwerthen kann, muss der Entscheidung Anderer überlassen werden. In hypodermatischer Form (parenchymatös bei Struma) kann man gefahrlos 0·1—0·15 Grm. (10%ige Lösung) anwenden. Es ist zu bemerken, dass man sich hierbei keiner zur Morphiumeinspritzung verwendeten Spritze bedienen soll, da die kleinsten Spuren von Morphium sofort aus der Jodsäurelösung Jod abspalten. Der innerliche Gebrauch der Jodsäuren findet bei Magenblutungen und bei starkem Erbrechen seine Indication, welche auf die energische Jodabgabe, beziehungsweise ihre blutstillende Wirkung zurückzuführen ist.

645. ***Ueber das Piperazin als harnsäurelösendes Mittel.*** *Von Privatdocent Dr. Th. Bohland. Aus d. med. Klinik in Bonn. (Therap. Monatsh. Mai 1894. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 51.)*

Nachdem *Biesenthal* und *Schmidt* auf das Vermögen des Piperazins, Harnsäure in Wasser aufzulösen, hingewiesen und gezeigt haben, dass das Mittel unzersetzt den Körper passirt, ist Piperazin vielfach therapeutisch angewandt worden, angeblich mit Erfolg. Skeptischer wurde man, als *Mendelsohn* nachwies, dass Piperazin in Gegenwart von saurem oder alkalischem Harn überhaupt keine Harnsäure löse. Verf. hat nun bei einem leukämischen Kranken, der monatelang beträchtliche Uratsedimente im Harn zeigte, wie überhaupt nach den Angaben des Verf. bei Leukämie eine beträchtliche Vermehrung der Harnsäureausscheidung statthaben kann, Versuche mit Piperazin angestellt. Er fand, dass die Harnsäureausscheidung durch das Mittel nicht vermehrt wurde, das haben schon *Schmidt* und *Biesenthal* für Gesunde angegeben, und dasselbe fand *Levison* für den Gichtiker. Ebensowenig verursachte nach den Versuchen des Verf. das Piperazin (dreimal 1·0 Grm.) ein Verschwinden des Harnsäuresediments, wogegen kohlensaures Kali (dreimal 0·5 Grm.) diesen Erfolg hatte. Wenn man Harn durch ein mit 0·2—0·5 Grm. reiner Harnsäure beschicktes Filter schickt, so gibt er fast alle (durch HCl fällbare) Harnsäure ab, diese Abscheidbarkeit der sogenannten „freien Harnsäure" hebt Piperazin nicht auf. Dagegen fanden *Meisels* und *Biesenthal*, dass man die nach subcutaner Injection von neutralem chromsaurem Kali bei Tauben entstehende Harnsäureablagerung durch Piperazin verhindern kann. Doch ist das noch keine künstliche Gicht, ausserdem kann sich



das Blut der Säuger anders verhalten. Verf. hat nun gefunden. dass 1%ige Piperazinblutserumlösung vom Pferd oder Rind 0·2%ige Harnsäure oder saures harnsaures Salz löst. Später entstehen aus diesen Lösungen aber noch Niederschläge, welche sich bei der Murexidprobe als harnsäurehaltig erweisen. Verf. schliesst daraus, dass harnsaure Concremente durch Piperazin weder zum Schwinden gebracht, noch ihre Vergrösserung verhindert wird. Empirisch kann man vielleicht das Mittel bei Gichtanfällen anwenden, da einige günstige Resultate berichtet wurden.

646. ***Locale Anästhesie mit Injection kalter Flüssigkeit.*** *Von **Létang**. (Bull. méd. 1894. 48. — Münchner med. Wochenschr. 1894. 27.)*

Die neue Methode localer Anästhesie von Verf. besteht in der Injection kalter Flüssigkeit entweder unter die Haut oder in die Muskeln derjenigen Gegend, welche man anästhesiren will, besteht. Um die beliebige Flüssigkeit auf den genügenden Kältepunkt von 0° circa zu bringen, bereitet man sich eine Mischung von 8 Gwth. Natr. sulf. und 7 Theilen Acid. hydrochl., in diese Lösung taucht man ein Reagensglas, welches mit Salzwasser (0·5—1%igem) gefüllt ist; ist die Temperatur der sogenannten Erkältungsflüssigkeit auf 10° gesunken, so ist jene des Salzwassers circa 0°. Mit diesem füllt man die Injectionsspritze und macht in erwähnter Weise die Einspritzungen, welche keinerlei Schmerz, ausser den des Nadelstiches und keine Induration an der Einstichstelle erzeugen, jedoch eine völlige, andauernde Anästhesie hervorrufen. Statt der angegebenen Erkältungsflüssigkeit kann man jede andere wählen, welche die Temperatur der Injectionsflüssigkeit auf den Gefrierpunkt herabsetzen kann; ebenso kann man ausser Salzwasser zur Injection verschiedene andere Mischungen anwenden, von welchen sich Verf. folgende am besten bewährt hat: *Aqu. dest. steril., Glycerin. pur.* aa. *100·0, Aether 2·0.* Diese Lösung lässt sich gut aufheben und man kann mit ihr bis auf 10 Injectionen à 10 Grm. gehen, was völlig ausreichend für die gewöhnliche Praxis ist. In einer Reihe kleiner Operationen, wo bis jetzt Cocaïn meist angewendet wurde, soll diese Methode gute Dienste leisten, wie Zahnextraction, Entfernung eines eingewachsenen Nagels und gewisser Tumoren, Amputation von Fingern und Zehen. Auch zur Bekämpfung hartnäckiger Neuralgien (im Gebiete von Trigeminus, Intercostales, Ischiadicus), könnten mit Erfolg diese Injectionen in die Umgebung oder direct in die Substanz der Nerven gemacht werden.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

647. ***Resultate der Heilserumtherapie bei Diphtherie.*** *Von Dr. **Eugen Vosswinkel**. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 22.)*

Im Ganzen wurden 60 Kinder mit dem von *Ehrlich*, *Kossel* und *Wassermann* (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 16) beschriebenen Heilserum behandelt, dabei aber auch die früher übliche Therapie angewendet. Die Fälle wurden in 3 Kategorien einge-



theilt: in schwere, mittelschwere und leichte. Von den 30 schweren Fällen wurden geheilt 15 = 50%, von den 16 mittelschweren 13 = 81%, von den 14 leichten 14 = 100%. Insgesammt wurden von 60 Fällen geheilt 42 = 70%. Gegenüber dem früheren Procentsatz der Heilungen im Krankenhause am Urban ist eine Steigerung von 14% zu constatiren. Tracheotomirt wurden 20 Kinder, davon geheilt 9 = 45%, was den früheren Zahlen gegenüber wieder eine Steigerung der Heilung der Tracheotomirten um 20—25% bedeutet. Rechnet man die in den ersten 24 Stunden schon der ersten Seruminjection gestorbenen Kinder ab, so bleiben 22 schwere Fälle mit 15 Heilungen = 68% und von den Tracheotomirten 14 Fälle mit 9 Heilungen = 64%. Von 30 in den ersten 3 Tagen der Erkrankung Injicirten starben nur 2 und genasen 28, während bei 25, welche 4 Tage und länger krank waren, nur 11 Heilungen eintraten. Eine schädliche Wirkung des Serums wurde auch bei grösseren Gaben nie bemerkt. In schweren und mittelschweren Fällen wurden innerhalb weniger Tage bis zu 4 Injectionen gemacht. Auffällig war auch hier ihre günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden. Eine tabellarische Beschreibung der 30 schweren Fälle ist der Arbeit beigegeben. In einem Nachworte sagt Director *Körte*, unter dessen Controle die Injectionen gemacht wurden, dass die mit denselben erzielten Erfolge entschieden zur weiteren Anwendung des Mittels auffordern und es, obwohl anfangs ungläubig, jetzt bei Behandlung der Diphtheriekranken entbehre. *Hönigsberg.*

648. ***Ueber die mit dem Behring-Ehrlich'schen Diphtherieheilserum gemachten Erfahrungen.*** *Von Dr. E. Schubert. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 22.)*

In der Zeit vom 5. Februar bis 4. Mai d. J. wurden auf der Abtheilung des Prof. *Rinne* in Berlin 34 Kinder mit obigem Heilserum behandelt, davon 20 tracheotomirt. Von diesen genasen 28 Kinder, 6 starben (sämmtlich tracheotomirt). Als Todesursache wurde in 2 Fällen septische Streptococcenpneumonie, in weiteren zweien mechanische Verstopfung der feineren Bronchien durch Membranen und in einem ausgesprochene Myocarditis und Nephritis durch die Section constatirt. Verf. hat den Eindruck gewonnen, dass das *Behring-Ehrlich*'sche Heilserum bei diphterickranken Kindern ein wirksames Heilmittel ist. Die localen Erscheinungen in Mund, Rachen und Nase bessern sich schnell; die Beläge werden schnell demarkirt und gelegt. Auffallend war auch die Wirkung auf das Allgemeinbefinden und die Herzschwäche. Die Kinder wurden sehr bald theilnahmsvoller, sahen frischer aus, bekamen einen kräftigeren Puls und zeigten rege Esslust. Am wirksamsten hat sich das Mittel in frischen Fällen gezeigt, bei welchen in der Regel eine einzige Dosis genügte. Bei schwereren Fällen mussten die Einspritzungen wiederholt werden. Nachtheilige Wirkungen wurden nicht gesehen. Die Injectionen wurden in den Oberschenkel subcutan gemacht und blieben reactionslos. Sechsmal traten nach der Injection Exantheme auf. Eine tabellarische Uebersicht der behandelten Fälle ist der Arbeit beigegeben. *Hönigsberg.*



649. ***Ueber therapeutische Verwendbarkeit der Vaguscompression.*** *Von* ***Dubois.*** *(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 10. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 25.)*

Quinckė hat im Jahre 1875 mitgetheilt, dass Pulsverlangsamung bei Druck auf die Carotis eine sehr häufige Erscheinung sowohl bei Gesunden wie auch bei Kranken ist. Er drückt mit einem Finger die Carotis von vorne nach hinten gegen die Wirbelsäule, so dass sie nicht seitlich ausweichen kann. Bei Erregung der Herzthätigkeit aus physischen Ursachen, nach Anstrengung, bei Fieber, bei Herzklappenfehlern mit bedeutender Erregung der Herzaction war der Erfolg geringfügig oder gleich Null. — Eine 50jährige anämische Frau consultirte Verf. wegen paroxysmaler Anfälle von Herzklopfen (bis 140 bei regelmässigem Pulse). Nach 5 Secunden Druck auf den linken Halsvagus sinkt der Puls auf 128, nach weiteren 5 Secunden auf 96. Patientin spürte dabei ein eigenthümliches Knacken im Kehlkopf. Die rasche Coupirung des Anfalles lässt sich nur durch Vagusreizung (mit Contraction der Schlund- und Kehlkopfmusculatur) erklären. Bleibende Wirkung sah Verf. nur bei paroxysmaler Tachycardie, wo das Herzklopfen plötzlich — wenn auch ohne Eingriff nach viel längerer Zeit — nachlässt.

650. ***Ueber Luftdruckmassage „Pneumo-Thermomassage“.*** *Von Dr.* ***L. Vorstädter,*** *Bialystok. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 26.)*

Die Anwendung der physikalischen Naturkräfte in der Therapie, die sogenannten „Naturcuren“, sind zu einem speciellen Studium der wissenschaftlichen Heilkunde herangewachsen. Es werden längst bekannte Naturcuren näher erforscht, gleichzeitig auch neue combinirt und erprobt. So wurden z. B. in letzter Zeit optische und acustische Erscheinungen in die Therapie der psychischen Krankheiten und vibratorische Bewegungen bei manchen Nervenleiden mit gutem Erfolge eingeführt. Diese Facta berücksichtigend, fasste Verf. die Idee, die Einwirkung der Luftströmung — bei verschiedenen pathologischen Zuständen am menschlichen Organismus künstlich zu versuchen. Der mechanische Druck einer künstlichen Luftströmung bietet schon an und für sich einen genügenden Factor dar, um auf den menschlichen Körper eine gewisse Wirkung ausüben zu können, und wenn dieser Druck noch mit thermischen und anderen Effecten combinirt wird, so muss diese Wirkung selbstverständlich vermehrfacht werden. Zu diesem Zwecke hat Verf. eine specielle Nebenvorrichtung construirt, welche aus eine Art Gebläse besteht, nebst einer Vorrichtung, den Druck der ausströmenden Luft beliebig modificiren und je nach Wunsch abkühlen oder erhitzen zu können. Die Einrichtung gestattet ausserdem, Ausdünstungen verschiedener ätherischer Oele gleichzeitig mit dem Luftzuge einwirken zu lassen — auch kann der Druck manometrisch genau bestimmt werden. Mittelst entsprechender Ansätze am Ausflussrohre kann man die Luft, entweder continuirlich oder unterbrochen, verschieden dick- oder dünnstrahlig ausströmen lassen. Die wenigen, vom Verf. bis jetzt durchgeführten Versuche ergaben: 1. Neurastheniker mit Athembeschwerden und Arhythmia cordis fühlte sich nach Anwendung der Pneumo-Thermomassage in Form von kalten Luftdouchen (+ 8° R.) an die Wirbelsäule jedes Mal auf

eine gewisse Zeit bedeutend besser. 2. Eine subacute Periostitis am Zeigefinger, traumatischer Herkunft, ist nach 15 Sitzungen mit warmer Pneumo-Thermomassage ganz resorbirt worden. 3. Ein Fall von intercostaler Neuralgie wurde nach 18 Sitzungen mit warmer Pneumo-Thermomassage bedeutend gebessert. 4. Bei einigen Fällen von Migräne hörten die Kopfschmerzen nach 10 bis 15 Minuten langer localer Anwendung sowohl warmer, wie kalter, intermittirender Pneumo-Thermomassage ganz auf. Der Druck des Luftstromes bewirkt an den Weichtheilen eine bedeutende sichtbare Vertiefung, mit einer eigenthümlich angenehmen Empfindung, die nur dem Luftdrucke eigen zu sein scheint. So viel lässt sich schon jetzt mit einem gewissen Rechte behaupten, dass die Anwendung eines künstlichen Luftdruckes an und für sich, oder combinirt, eine specielle Wirkung haben muss, welche von der Wirkung des Druckes eines festen Körpers in gewissem Masse verschieden sein wird, ebenso würde die thermische Einwirkung der Pneumo-Thermomassage, auch die Combination mit Ausdünstungen von ätherischen Oelen etc., ganz specielle Effecte erzielen.

O. R.

651. ***Die Verwendung von Soolbädern mit hohem Salzgehalt (12 bis 25%) und deren Einfluss auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen.*** *Von Dr. H. Keller, Rheinfelden. (Deutsche Med.-Ztg. 1893.)*

Während bei uns der Gebrauch von schwachen Soolbädern (1—6%) allgemein üblich ist, hat Verf. bereits seit Jahren an sich selbst Versuche mit Bädern von möglichst hohem Salzgehalt gemacht, nachdem er sich in Stoffwechsel-Gleichgewicht gesetzt hatte. Er fand, dass unter normalen Verhältnissen diese Bäder in keiner Weise nachtheilig oder aufregend wirkten. In dem Pyrenäenbad Salies-de-Béarn überzeugte er sich, dass auch in Krankheitsfällen hohe Concentrationen (12—25%) günstigen Einfluss haben, wie er mit den üblichen schwachen Bädern gar nicht erzielt werden kann. Er verwendete dann auch in seiner Praxis Bäder von 12, 20 und 25% Soole, bei 30—40° C. und 10—50 Minuten Dauer, ohne irgend welche unangenehme Störungen oder nachtheilige Folgen zu beobachten. Die Anwendung solcher Bäder hatte statt bei Chlorose, Anämie, Scrophulose, chronischen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane etc. — Es zeigt sich, dass hohe Concentrationen geradezu beruhigend auf das Nervensystem wirken. Prof. *Robin* in Salies-de-Béarn hatte aus seinen Versuchen schon früher folgende Schlüsse gezogen: Das 6%ige Soolbad ist angezeigt bei Patienten, bei denen es sich darum handelt, weder Stickstoffausfuhr, noch Oxydation zu vermehren, bei solchen, die Tendenz zur Abmagerung zeigen oder die Harnsäure im Ueberschuss bilden. — Das 12%ige passe für die, bei welchen es sich um Anregung des Stoffwechsels, speciell der Spaltungen der Stickstoffverbindungen handelt, also Scrophulose. schlaffe Drüsenaffectionen, Periostitis, Hyperplasien des Bindegewebes, chronische Gelenkentzündungen. Das 25%ige Bad ist indicirt bei Personen mit verlangsamter Oxydation und träger Ernährung, Knochenaffectionen, Rhachitis, Neurosen, gewissen Anämien, Arthritis urica, sowie wenn es sich darum handelt, das Nervensystem auf dem Wege der Ersparniss und Schonung zu kräftigen, bei gleichzeitiger Anregung

des Stoffwechsels. Verf. selbst fand in Versuchen von achttägiger Dauer, die er an sich selbst anstellte (4 Tage ohne Bad, 3 mit je 1 Bad von 25%, bei 35° C. und 30 Minuten Dauer und endlich einem Tage ohne Bad), Folgendes: Am 1. Badetage fallen alle Werthe mit Ausnahme der Harnsäure und des Kalkes, welche steigen; am zweiten steigt auch Schwefelsäure und Stickstoff, am dritten die übrigen Componenten mit Ausnahme der Harnmenge und der Chloride, nach Beendigung des Versuches stiegen alle Werthe, zum Theil sehr stark, ganz enorm sogar die Harnsäure. — Es geht daraus hervor, dass der Gebrauch solcher Soolbäder einen sehr lebhaften Einfluss auf den Stoffwechsel hat und in vielen Fällen an Stelle der bisherigen schwachen Concentrationen mit Nutzen zu verwerthen ist.

652. ***Die Dilatation des Sphincter ani beim Chloroformcollaps.*** *Von Dr. Duke. (The med. Press. 1893. 2. April. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 52.)*

In einem Fall von Collaps während der Chloroformnarcose, wo keines der gewöhnlichen Mittel einen Effect erzielte, führte Verf. den Daumen in den After ein und übte mit demselben einen starken Druck gegen das Steissbein aus. Der Kranke erwachte sofort und stiess einen Schrei aus. Als er jedoch nach einiger Zeit wieder collabirte, wurde das Manöver wiederholt und brachte den Kranken soweit wieder zu sich, dass er um Einstellung des Verfahrens bat. Man weiss, dass der Sphincter ani zuletzt in der Chloroformnarcose seine Sensibilität verliert, man kann also durch Einwirkung auf denselben auf reflectorischem Wege noch Herzcontractionen hervorrufen.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

653. ***Chronische Salpingitis.*** *Von W. P. Carre. (The Amer. Journ. of Obstetr. 1894, Märzheft, pag. 346.)*

Es gibt gewisse chronische Entzündungsformen der Tuben, bei denen der objective Befund ein nur wenig hervortretender ist, trotzdem dass schwere subjective Erscheinungen da sind. Die Kranken klagen über continuirliche heftige, während der Menstruation und bei stärkeren Bewegungen sich enorm steigernde Schmerzen in der Inguinalgegend. Untersucht man, so findet man nichts als eine leichte Verdickung der Tuba. Die Tube kann dabei fixirt oder beweglich sein. Zuweilen ist das Ovarium gleichzeitig erkrankt, doch muss dies nicht der Fall sein. Das Ovarium zeigt zuweilen eine Cirrhose oder kleine, manchmal mit Eiter gefüllte Cysten. Bei der Laparotomie findet man die Tuben verdickt, hypertrophisch, ihr Uterinalende verschlossen und als Contentum etwas Eiter. In der Regel ist die Tube an mehreren Stellen eingeschnürt, so dass sich einige kleine Eiterdepôts aneinanderreihen. Entfernt man die Adnexen, so ist die Kranke dauernd geheilt, während anderweitige Behandlungsmethoden erfolglos bleiben. Wegen der geringen Eitermengen und der Verdickung der Tubenwand ist bei der Operation kein Austritt von Eiter zu fürchten, daher diese



Eingriff zum gänzlich ungefährlichen wird. In der Regel wird diese Form der Salpingitis übersehen. Verf. theilt am Schlusse seiner Publication 5 Fälle mit, die früher jahrelang auf alle mögliche Weise vergeblich behandelt wurden und die nach Entfernung der Adnexen dauernd gesund blieben. In allen Fällen zeigten die Tuben und Ovarien die erwähnten pathologischen Veränderungen. *Kleinwächter.*

654. ***Zur Aetiologie der Sepsis, Pyämie und Osteomyelitis.*** *Von Dr.* ***Canon.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1893, V.)*

Verf. hat auf der Abtheilung Prof. *Sonnenburg's* (Moabit, Berlin) Untersuchungen des der Armvene entnommenen Leichenblutes auf Bacterien vorgenommen und mit dem Blute dann auch Impfungen ausgeführt. Conform den Ergebnissen, welche früher *Eiselsberg*, *Chiari* u. A. erhielten, fand Verf. in Fällen von Sepsis — mit oder ohne Metastasenbildung — fast regelmässig Eitercoccen (Staphylo- und Streptococcen), bei reiner Pyämie waren dieselben zuweilen nicht constatirbar. *Rochelt.*

655. ***Das Jodoform und seine Bedeutung für die Gewebe.*** *Von Dr.* ***Stubenrauch.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXVII, pag. 6.)*

Seit *Mosetig* vor 14 Jahren das Jodoform in die Chirurgie einführte, hat dieses ausgezeichnete, speciell in allen tuberculösen Processen vorzüglich wirksame Mittel, welches nun wohl in allen chirurgischen Kliniken der Welt sich seine Anerkennung erwarb, sich so mancher Anfechtung erwehren müssen. Welch grosse Bewegung ging gleich damals durch die chirurgische Welt, als *Heyn* und *Rovsing* experimentell nachwiesen, dass das Jodoform, das sich schon damals (1887) in der Praxis so gut bewährt hatte, nicht nur nicht im Stande sei, Bacterien in ihrem Wachsthum zu behindern — also kein Antisepticum sei —, sondern dass es selbst der Träger pathologischer Mikroorganismen sein könne. Mit grossem Eifer, aber minder grossem Erfolge wurde nun von vielen Seiten gearbeitet, um diese merkwürdige Thatsache: die Wirksamkeit des Mittels in praxi und die relative Unwirksamkeit am Experimentirtisch zu erklären. Man war zu sehr gewöhnt worden, bei den massenhaft auftauchenden Bereicherungen unseres Arzneischatzes ein umgekehrtes Verhalten beobachten zu sehen: ausserordentlich wirksam bei den angestellten Versuchen und unwirksam oder relativ gering wirkend bei der Anwendung in der Praxis! Man suchte nun eine Wirksamkeit des Jodoforms auf das Gewebe, da sich die erzielten Erfolge speciell bei Verwendung desselben in Fällen localer Tuberculose nicht leugnen liessen. Auch Verf. hat mit der vorliegenden Publication die Zahl der einschlägigen Arbeiten vermehrt und kommt auf Grund mehrfacher Experimente und Untersuchungen der Wandungen tuberculöser Herde nach Anwendung von Jodoform zu dem Schlusse, dass die in fungösen Abscessen enthaltenen Bacillen thatsächlich unter Jodoformbehandlung zu Grunde gehen. Jedoch sei es nicht sicher erwiesen, dass die Abtödtung der Bacillen auf einer specifisch antituberculösen oder direct antibacteriellen Wirkung des Jodoforms beruhe, vielmehr sei es wahrscheinlich, dass die Wirkung des Jodoforms auf die Gewebe eine grosse Rolle spiele. Die heilende Wirkung beruhe

nicht im unzersetzten Jodoform oder Jodoformdämpfen, sondern in Zersetzungsproducten derselben. Es wirke auf tuberculöses Gewebe wahrscheinlich in der Weise, dass der Zerfall der dem Untergange anheimgegebenen epitheloiden Zellpartien durch das Jodoform beschleunigt, der widerstandsfähigere Theil der epithelialen Elemente aber zur Umwandlnng in gesundes Gewebe vorbereitet werde. *Rochelt.*

656. ***Ein Fall von Uterus rudimentarius bicornis. Molimina menstrualia. Castration.*** *Von Dr.* ***Wilh. Fischel****, Docent für Geburtshilfe und Gynäkologie. (Prager med. Wochenschr. 1894. 12. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 48.)*

Eine verheiratete Dame, die als Mädchen angeblich alle vier Wochen einen Abgang von 2—3 Tropfen Blut aus den Genitalien gehabt hat, hat seit ihrer Verheiratung alle vier Wochen ausserordentlich starke Schmerzen im Unterleib gehabt unter vollständiger Sistirung der Blutung. Vor zwei Monaten trat unter cardialgischen Anfällen Blutbrechen hinzu. Bei der Untersuchung fand man die äusseren Genitalien normal entwickelt, die Scheide blind endigend. Quer durch's Becken lief ein Strang, zu beiden Seiten fühlte man mandelgrosse Körper, die für Ovarien imponirten. Da Abhilfe verlangt wurde, auch die Symptome — die Magenblutung wurde für dysmenorrhoische Erscheinung gehalten — gefährlich waren und von Heilung derselben durch Castration Berichte vorliegen, machte Verf. die Operation. Es stellte sich dabei heraus, dass die gefühlten mandelförmigen Körper die Fundi der beiden rudimentären Uterushälften waren und kleine, mit Schleimhaut ausgekleidete Höhlen zeigten. Die normal entwickelten Ovarien lagen dahinter. Die Operation verlief gut, über den Erfolg in Bezug auf die Molimina menstrualia lässt sich noch nichts sagen. *Oskar Blah* hat (im Nordiskt med. Arkiv, 1891, Bd. XXIII, Nr. 2) 11 Fälle von Castration bei mangelhafter Entwicklung von Uterus und Scheide zusammengestellt. Es trat in 6 Fällen Heilung der Molimina, in 2 Fällen keine Besserung ein, von 2 Fällen fehlt der Bericht, 2 Fälle starben durch die Operation.

657. ***Ein Fall von rascher Rückbildung von Sarcomen nach künstlicher Frühgeburt.*** *Von Prof.* ***H. Fritsch****. (Centralbl. f. Gyn. 1894. 23. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 27.)*

Eine 36jährige Frau, die sich im 7. Graviditätsmonate befindet, zeigt in der rechten Brust, in der rechten Achselhöhle, über der rechten Clavicula Geschwülste deutlich malignen Charakters. Auf dem M. pectoralis eine harte, bohnengrosse Drüse, mit der Umgebung nicht verwachsen. Je zwei haselnussgrosse Knoten am Introitus vaginae, im Douglas ein Convolut mehrerer Knoten. Grosse Druckempfindlichkeit des Abdomens. Pat. fiebert (39·0°), hat hektische Schmerzen im Abdomen (von peritonealen Metastasen herrührend), wird cachectisch. Deshalb wird mittelst Glycerineinspritzung die Frühgeburt eingeleitet; Geburt eines todten Knaben. Im Wochenbett nimmt die Schmerzhaftigkeit des Bauches ab und zehn Tage nach der Entbindung ist der Knoten in der rechten Mamma völlig verschwunden, alle anderen Tumoren verkleinert und für das Gefühl nicht mehr so derb. Pat. verlässt wesentlich gebessert die Klinik, bleibt jedoch schwach und hin-

fällig und ohne bemerkenswerthe Veränderungen in den Tumoren tritt sechs Wochen später der Tod ein. Es handelte sich, wie die Autopsie ergab, um Sarcom, das von der rechten Achselhöhle ausging. Ueberraschend war, dass nach Herbeiführung des Puerperiums ein auffallender Rückgang des multiplen Sarcoms zu constatiren war. Die Rückbildung erfolgte durch fettige Degeneration. *Lücke* berichtete über ein Gesichtssarcom von Walnussgrösse bei einer Schwangeren, welches im Wochenbett fast bis sum Verschwinden zurückging; in einer folgenden Schwangerschaft wuchs das Sarcom bis zu Hühnereigrösse, um im Wochenbett neuerdings zu verschwinden; während der dritten Gravidität wuchs der Tumor bis auf Kindskopfgrösse; die Entfernung desselben auf operativem Wege gelang nicht und Patientin starb.

658. ***Erfahrungen über den Werth der Castration bei Osteomalacie.*** *Von Prof. Löhlein. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. XXIX. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 25.)*

Verf. berichtet zunächst über den dauernden Erfolg bei 3 Porro-Operationen, die früher schon anderweitig veröffentlicht sind. Die Castration ist 8mal (1 Todesfall) ausgeführt. Der Eingriff ist bei den meist decrepiden Kranken kein ungefährlicher, er verschafft fast ausnahmslos rasche Besserung, die definitive Heilung erfolgt öfters, aber nur zögernd, auch Rückfälle werden beobachtet. Im Anschluss an Puerperien, durch geeignete Medicamente und Badecuren (Soolbäder) kann öfters allerdings langsam eintretende Besserung erreicht werden. Die Operation ist daher auf die Fälle zu beschränken, bei denen längere Zeit nach dem Ablauf eines Wochenbettes die übrigen Behandlungsweisen im Stiche lassen. Die Wirkung der Operation ist keine specifische, sie beruht auf dem Wegfall der prämenstrualen und menstrualen Congestion.

659. ***Die Heilung von Carcinom durch Elektricität.*** *Von Inglis-Parsons, London. (Centralbl. f. Chir. 1894. 20.)*

Verf. gründet die Behandlung des Ulcus rodens mittelst Elektricität auf folgende Hypothese über die Aetiologie der Carcinome: Die Carcinome beginnen fast immer von Stellen, die häufigen Reizungen ausgesetzt sind, oder an denen chronische Entzündung besteht. Es ist deshalb nicht unwahrscheinlich, dass in Folge der beständigen Anregung zur Proliferation von Zellen die Zellbildung schliesslich so stark wird, dass einige Zellen der Controle des Nervensystems entschlüpfen und eine selbstständige Existenz annehmen. Jedenfalls sind nie Nervenendigungen in bösartigen Geschwülsten gefunden; es ist also den vasomotorischen Nerven unmöglich, auf die Blutcirculation einzuwirken und durch erhöhte Zufuhr einer Schädigung entgegen zu wirken. Das Gewebe bösartiger Geschwülste hat also eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit Schädlichkeiten gegenüber. Verf. will nun einen so starken elektrischen Strom einwirken lassen, der das bösartige Gewebe zerstört, das widerstandsfähigere gesunde Gewebe aber unversehrt lässt. Verf. benutzt eine *Stöhrer*'sche Batterie. In Narcose werden 2 isolirte, mit Platinspitze versehene Nadeln in die erkrankte Partie eingesenkt und ein Strom von 300—400 Milliampères für 1—2 Secunden durchgeleitet. Dann wird einige Secunden pausirt und darauf der Strom gewendet. Dies Verfahren wird so lange



wiederholt, bis genügende Zerstörung der Gewebe eingetreten ist. Bei der kurzen Einwirkungsdauer und der jedesmaligen Wendung des Stromes tritt kaum eine Temperaturerhöhung an den Platinspitzen ein. Nach und nach wird so das ganze Geschwür behandelt. Die Durchschnittsdauer der ganzen Operation beträgt $\frac{1}{2}$—1 Stunde. Gefahren bringt das Verfahren nicht mit sich. In einigen Wochen ist gewöhnlich völlige Vernarbung eingetreten. In den mitgetheilten 4 sehr schweren Fällen trat nur bei 2 nach 1, respective $1\frac{1}{2}$ Jahren ein kleines Recidiv ein.

660. ***Das Blosslegen der Wirbelsäule bei einer Verletzung mit einer Feuerwaffe.*** *Von Dr. Th. J. Berczkin. Vortrag in der Moskauer chirurgischen Gesellschaft. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 28.)*

In das *Basmann*'sche Krankenhaus wurde ein Pat. aufgenommen, der eine Schusswunde in der Umgebung des Herzens hatte. Im Bereiche des 11. Brustwirbels wird bei Druck Schmerz empfunden. Paraplegie der unteren Extremitäten, Sensibilität vollständig aufgehoben. Harn muss mit dem Catheter entleert werden, die Entleerungen sind nur nach vorausgegangenen Eingiessungen möglich. Es wurde Läsion des Rückenmarkes im Bereiche des 11. Brustwirbels angenommen. Die Operation, welche nunmehr vorgenommen, führte zu keinem Resultate, erst bei dem einige Zeit darauf vorgenommenen zweiten Eingriff, wobei die Bogen des 11. und 12. Brust- und des 1. Lendenwirbels entfernt wurden, konnte man in der Höhe des 11. Brustwirbels deutlich einen Fremdkörper durchfühlen, welcher sich als die hier in das Rückenmark eingedrungene Kugel repräsentirte. Die Dura, wie auch das Mark wurden längs eingeschnitten und die Kugel extrahirt. Die Wunde heilte bald zu, die Blasen- und Darmerscheinungen verschwanden, ebenso die Paraplegie, die Sensibilität noch immer herabgesetzt, die Atrophie der Beine macht keine Fortschritte.

Dermatologie und Syphilis.

661. ***Frische Gonorrhoe bei Frauen.*** *Von Dr. J. Veit. (Dermat. Zeitschr. Bd. I, Heft 2.)*

Verf., der seine Beobachtungen an einzelnen, in der Privatpraxis längere Zeit untersuchten Fällen gesammelt hat, theilt die allgemein giltige Auffassung, dass die frische Gonorrhoe bei der Frau ohne Schwierigkeit, wenn auch erst nach einiger Zeit, heilt. Exacerbationen ohne neue Infection sind ihm nie vorgekommen, ebensowenig solche bei der Menstruation. Nach einmaliger Infection tritt niemals Erkrankung der Tube oder des Beckenperitoneums ein. Die objectiven Veränderungen sind folgende: 1. Secret des Genitalcanals in den ersten Tagen serös-klebrig, sparsam, vom 3. bis 5. Tage an eitrig, meist in der Urethra zu finden; geringere Absonderung in Scheide und Cervix. 2. Schleimhaut der Urethra hochroth gefärbt, Umgebung des Orific. ext. stark geschwollen. 3. Schleimhaut der Vulva im Ganzen geschwollen und geröthet. 4. Dergleichen die Schleimhaut der Vagina. Veränderungen nicht immer



gleichmässig, theils intensivere Färbung der Scheidenfalten, theils fleckige Röthung der gesammten Vagina, bei Pluriparen manchmal, bei Nulliparen niemals vermisst. Die fleckige Röthung ist verdächtig auf wiederholte Infection; ist sie bei acuten Formen vorhanden, so sitzt sie auf einer auch gerötheten Unterlage. Jedoch darf man nie vergessen, dass diese Scheidenveränderungen, analog den Reizerscheinungen in der Vagina nach Corpuscarcinom, durch Catarrh des Endometriums bei bestimmter Secretbeschaffenheit bedingt sein können. Die Gonorrhoe erkennt man an den gleichzeitigen Veränderungen der Vulva und Urethra, alte Processe durch die combinirte Untersuchung. 5. Schleimhaut der äusseren Oberfläche der Vaginalportion: wie die Vagina verändert. 6. Cervixschleimhaut, verschieden verändert je nach der Beschaffenheit des äusseren Muttermundes. Bei klaffendem Muttermund frischer Catarrh mit hochgerötheter Schleimhaut, bei relativ engem Muttermund kleine Erosionen in der Umgebung des Orificium in Fällen längerdauernder Erkrankung sichtbar, der in der Cervixhöhle verhaltene Schleim grau bis grauweiss reflectirend. Für die Diagnose und Behandlung der acuten Gonorrhoe ist die bacterielle Untersuchung nicht nothwendig. Erkrankt eine bis dahin gesunde Frau an Schleimhautveränderungen der Urethra, Vulva, Vagina und Cervix, so liegt hierin die objective Diagnose ausgesprochen. Die Veränderungen des Genitalapparates sind an sich schon sehr charakteristisch und die Combination acuter Erkrankung der Harnwege mit solchen der Vagina und Vulva kommt sonst nicht vor. Von Erscheinungen der acuten Gonorrhoe kommen gewisse Störungen des Allgemeinbefindens sehr häufig vor, Unbehaglichkeiten, die durch die Schwellung der Vulva bedingt sind, Schmerzen beim Gehen und brennende Empfindungen in den äusseren Genitalien; ferner Schmerzen bei der Miction und häufiger Urindrang. Erst dann tritt der Ausfluss in den Vordergrund, der von allen Symptomen am längsten bestehen bleibt. Tubenerkrankungen und Beckenperitonitis hat Verf. nur in seltenen Fällen von frischer Infection kurz vor oder nach der Entbindung entstehen sehen. Hier kann das Krankheitsbild der acuten gonorrhoischen Peritonitis mit allen classischen Zeichen der Bauchfellentzündung, meteoristische Auftreibung des Bauches, starkes Erbrechen, lebhafteste Schmerzen bei jeder Berührung, schlechtes Allgemeinbefinden, Temperaturerhöhungen bis über 39° und schlechte Beschaffenheit des kleinen frequenten Pulses sich deutlich von der gewöhnlichen Form der septischen Peritonitis unterscheiden. In den Fällen Verf.'s gingen die stürmischen Erscheinungen nach 1 bis 2 Tagen zurück, die langsame Genesung folgte unter Bildung einer Pyosalpinx oder intraperitonealen Exsudats. Dagegen haben wiederholte Infectionen eine viel schlimmere Bedeutung, da kommt es zu bösartigen Formen der Pyosalpinx, zu aufsteigender Erkrankung der Blase, der Harnleiter und der Niere. Für die Behandlung zieht Verf. aus diesen Erfahrungen folgende Schlüsse: 1. Bei frischer Gonorrhoe des Weibes suche man den Wiedereintritt einer Infection unter allen Umständen zu verhindern, man dringe mit aller Energie auf die frühzeitige Behandlung des Mannes. 2. Vermeidung von Schädlichkeiten durch die Behandlung. Schädlich ist nach Verf. jede Behandlung des Uteruskörpers bei frischen



Erkrankungen. da in den meisten Fällen das Orific. int. uter. die Grenze für den Eintritt der Gonococcen ist. Man sorge in erster Linie für völlige Sauberkeit der Vulva durch häufige Waschungen mit Seife und Bürste oder reinigende Bäder und Sitzbäder, durch Tampons mit Glycerin und Mischungen mit Alaun, Borsäure etc. Einspritzungen in die Scheide sind dringend abzurathen. Nach der Behandlung der Vulva und Scheide kommt diejenige der Urethra und des Cervix. Bei einmaliger Infection heilt die Urethra spontan aus. Dasselbe gilt bei einmaliger Infection für den Cervixcatarrh. Auch hier bleibt meist nicht viel zu behandeln übrig. Isolirte Cervixcatarrhe bei engem äusseren Muttermund erfordern zuerst die keilförmige Incision und dann die Behandlung der Schleimhaut mit möglichst schwachen desinficirenden Lösungen.

662. ***Ein Fall von Larynxstenose, durch ein Gumma verursacht.*** *Von Dr. L. Polyák. Vortrag in der Gesellsch. der ungar. Ohren- und Kehlkopfärzte. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 8.)*

Patientin erschien in Begleitung ihres Gatten in der Wohnung des Vortragenden mit einem so hochgradigen Stridor, dass man an eine sofortige Tracheotomie denken musste. Neben dem Stridor war ein eigenartiges klapperndes Geräusch hörbar, wie wenn in dem Kehlkopf sich etwas klappenartig bewegt hätte. Der Gatte der Patientin gab an, dass die Frau, die schon seit Monaten heiser und 3 Wochen aphonisch ist, seit der letzten Zeit an zunehmenden Athmungsbeschwerden und an mässigen Schlingschmerzen leidet. Im Kehlkopfspiegel zeigten sich Epiglottis und Kehlkopfeingang intact; im Kehlkopfe selbst sass ein typisches riesengrosses Gumma unter dem in toto ulcerirten linken Stimmbande. Das Gumma hatte in seiner Mitte ein kraterartiges, grosses, scharfgerändertes Geschwür und verschloss den Einblick in die Luftröhre vollständig. Aryknorpel und Kehlkopfmotilität waren intact. Das erwähnte Nebengeräusch war durch ein necrotisches Gewebestück verursacht, welches an dem unteren Rande des ulcerirten Gumma sass und sich bei dem Athmen auf und ab bewegte, wodurch der ohnedies sehr enge Luftweg noch mehr beengt wurde. Die Diagnose des Gumma war schon allein aus dem Spiegelbilde gesichert. Andere Zeichen der Syphilis waren weder bei der Frau, noch bei ihrem Manne zu finden; doch hatte die Frau bisher schon fünf todte Kinder geboren. Vortragender wollte die Patientin wegen der drohenden Erstickungsgefahr in's Krankenhaus schicken und nur dann, als dies die Patientin entschieden verweigerte, übernahm er die verantwortungsvolle Cur. Glücklicherweise war die Wirkung einer Schmiercur (3 Grm. Ung. ciner. pro die) sehr zufriedenstellend. die Athembeschwerden linderten sich schon am dritten Tage und bald darauf, am Ende der ersten Tour war das Athmen nur wenig erschwert, das Gumma hatte sich um die Hälfte verkleinert, die Geschwüre begannen bald zu verheilen.

663. ***Zur Aetiologie und Therapie des Blasencatarrhs.*** *Von Prof. Dr. Anton v. Frisch, Wien. (Med.-chir. Centralbl. 1894. 13. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 45.)*

Verf. hält mit *Antal* zur Entstehung der Cystitis das Eindringen von Mikroorganismen für nothwendig. Da Bacterien auf die gesunde Schleimhaut nicht einwirken, müssen Epitheldefecte



vorhanden sein und eine Stauung des Harns vorliegen. Die Unterabtheilungen des Begriffs Cystitis werden demnach durch die begleitenden Umstände und Gelegenheitsursachen gegeben (Defecte durch Steine, Geschwüre u. s. w.), Infectionsquelle ist 1. die Urethra mit ihren normaler Weise vorhandenen Keimen (Gelegenheitsursache Katheterismus, Sphincterlähmung, directe Fortpflanzung der Entzündung), 2. Fortpflanzung der Entzündung von benachbarten Organen (Prostata, Uterus u. s. w.), 3. obere Harnwege, Infectionskrankheiten, primäre Nephritis, 4. für die sogenannten undeutbaren Cystitisfälle bleibt die Möglichkeit der Entstehung auf embolischem Wege offen. Die Bacterien können entweder eiterungserregende sein, wie immer die aus der Urethra, oder blos Harnstoff zerlegende. Der Urin kann dabei sauer (70% der Fälle), neutral oder alkalisch sein. In dieser Aufstellung fehlt nach der Ansicht des Verf's ein Platz für die Cystitis nach Cantharidengebrauch. Was die Behandlung anbetrifft, so hebt Verf. hervor, dass es falsch ist, von vornherein acute Cystitiden nur innerlich, chronische immer mit Blasenauswaschungen zu behandeln. Es ist allerdings die günstige Wirkung von Salol, Salicylsäure bei acuten Formen hervorzuheben, oft aber haben auch vorsichtig vorgenommene *Guyon*'sche Lapisinstillationen (einige Tropfen einer $^1/_4$%igen Arg. nitr.-Lösung) gute Resultate. Der Residualharn muss vorher entleert sein, ferner ein weicher Capillarcatheter angewandt werden. Dieselbe Art localer Therapie kann auch bei chronischer Cystitis verwendet werden. Es werden einige Tropfen einer 2—10%igen Lapislösung (allmälig aufsteigend) instillirt, und zwar alle zwei Tage, einige Tropfen müssen auch in den Blasenhals gespritzt werden. Ausspülungen sind nur indicirt bei reichlicher Eiteransammlung in der Blase, bei Cystitis mit Harnrention, bei Trabekelblasen mit phosphatischen Niederschlägen zum Reinigen der Taschen. Contraindicirt sind Ausspülungen bei Geschwüren und anderen Fällen, wo Ausdehnung der Blase Läsionen setzen würde. Solche Geschwüre sind traumatische (durch Steine), Druckgeschwüre (bei Gravidität), Puerperalgeschwüre, durch Zerfall von Tumoren entstanden, *Mercier's* perforirendes Geschwür, tuberculöse Geschwüre, entstanden durch angrenzende Entzündungsherde (prostatisch u. s. w.), Blasenhalsfissur, acutes catarrhalisches Geschwür (am Trigonum oder Orificium), chronisches catarrhalisches Geschwür und das Geschwür bei chronischer Bleiintoxication.

664. ***Ein neues Suspensorium.*** *Von Dr. **Letzel**, München. (Aerztl. Rundschau. 1894. 10.)*

In seinem „Lehrbuche der Geschlechtskrankheiten für Aerzte und Studirende, Wien und Leipzig 1892“ publicirte Verf. ein Suspensorium, welches nach den von *Unna* und *Ihle* angegebenen Principien construirt war. Einige Modificationen, die wesentlich erschienen, hat Verf. an der Bandage anbringen lassen. Dieses Suspensorium bestand aus zwei Theilen: aus einem elastischen Leibgürtel und aus dem eigentlichen Träger, der mit breiten Gummibändern, welche die Schenkel spiralig umkreisen, an dem ersteren befestigt wird. Der Träger bestand bei *Unna* aus einem Dreieck, welches aus einzelnen Gummibändern zusammengesetzt war. Verf. erschien es zweckmässig, dieses Dreieck aus einem Stück



Patentgummi oder elastischen Tricotgewebe herstellen zu lassen. Ein solches Suspensorium, richtig angelegt und nicht zu spärlich mit *Bruns*'scher Watte ausgefüllt, hebt Hoden und Penis hoch. zieht das Genital leicht und gleichmässig an den Unterleib an und bringt es in absolute Ruhestellung. Die eingelegte Watte saugt das Secret auf und verhindert die Verunreinigung der Leibwäsche. Ausserdem übt die Watteeinlage bei Epididymitis eine gleichmässige, leichte Compression aus. Der kranke Nebenhoden liegt hoch und möglichst geschützt in gleichmässiger Wärme und milder Compression — Alles Bedingungen, welche die Resorption begünstigen und die Schmerzen lindern.

Der Umstand, dass mehrere Kranke über Belästigung durch den Druck des Leibgürtels klagten, gab Veranlassung, der Empfehlung *Stern's*, das Suspensorium an einem Nackenträger aufzuhängen, näher zu treten. Durch diese Art der Befestigung wurde die Bandage auch einfacher. Das Suspensorium besteht nunmehr aus einem 2 Meter 10—20 Cm. langen und $2^1/_2$ Cm. breiten, starken Gummibande, welches oben eine etwa 90 Cm. lange Schlinge bildet, durch welche der Kopf und eventuell auch der eine Arm gesteckt wird. so dass die Schlinge entweder auf dem Nacken ruht oder nach Art einer Schärpe von der Achsel über Brust und Rücken geht. In der Mitte der Bandage ist ein Dreieck von Patentgummi oder elastischem Tricotgewebe derart an den Gummibändern angenäht. dass dieselben sich an der nach unten schauenden Spitze des Dreiecks kreuzen und nach ihrer Kreuzung etwa 40—45 Cm. lange Schenkelbänder darstellen, an welchen drei Haften in einer Entfernung von 4 Cm. hintereinander angebracht sind. An dem zwischen die Gummibänder eingenähten Dreieck sind seitlich je eine Oese befestigt, in welche die Haften passen. Der Patient muss die Bandage auf dem blossen Körper tragen. Der Kranke kann die Bandage schärpenförmig, den rechten Arm durch die Schlinge hindurchgesteckt, tragen, ein Verfahren, welches weniger belästigt, als der Druck auf den Nacken. Der Patient hebt das in reichliche Mengen *Bruns*'scher Watte eingewickelte Genital (Hoden und Glied) hoch an den mons pubis und zieht das Dreieck über dasselbe. Die Schenkelbänder werden nunmehr vom Mittelfleisch aus über die hintere Fläche der Schenkel geleitet und die Haften derselben in den seitlich des Dreieckes am Gummibande angebrachten Oesen befestigt. wodurch eine gleichmässige Seitenspannung des Suspensoriums erzielt wird. Will der Kranke uriniren, so braucht er nur die Basis des Dreiecks nach unten zu ziehen.

Gerichtliche Medicin, Criminal-Anthropologie, Toxikologie.

665. ***Tödtliche Vergiftung mit Martiusgelb (Manchestergelb).*** *Von Dr. E. Jacobson, Kopenhagen. (Hosp. Tid. Raekke 4. Bd. I, pag. 765.)*

Als Martiusgelb, Naphtholgelb, Jaune d'or oder Manchestergelb wird das Ammoniumsalz des Dinitro-



naphthols bezeichnet, das durch Nitriren von α-Naphthylamin oder α-Naphtholsulfosäure erhalten wird. Dieses zum Färben von Wolle und Seide früher benutzte, von *Cazeneuve* und *Weyl* für Hunde als starkes Gift erkannte Salz kann auch beim Menschen tödtliche Vergiftung hervorrufen, wie ein in Kopenhagen vorgekommener, in 4—5 Stunden letal verlaufener Selbstmord mit 90 Grm. beweist. Die Haupterscheinungen waren Unruhe, Mattigkeit und Schwäche, Pupillenerweiterung und citronengelbe Färbung der Haut und sichtbaren Schleimhäute des Bartes und Haupthaares. Der Tod erfolgte durch plötzlichen Herzstillstand. Die Gelbfärbung trat nach dem Tode noch intensiver hervor, ausserdem entwickelte sich sehr rasch starker Rigor mortis. Im Harne fand sich Eiweiss, aber kein Blut oder Gallenfarbstoff, dagegen eine reducirende Substanz (kein Zucker). Das Blut war gleich nach dem Tode dunkelkirschroth, coagulirte rasch und enthielt kein Methämoglobin. Bei der Section fand sich gelbe Färbung der Haut, Bindehaut, Intima der Aorta und Lungenarterie, sowie der Schleimhaut des Mundes, der Speiseröhre, des Magens und theilweise des Dünndarms. Die Haare waren anfangs nur an der Basis, nach einigen Tagen ganz und gar bis zur Spitze gelb.

Th. Husemann.

666. ***Ein Verfahren zur Unterscheidung des vorgetäuschten und krankhaften Zitterns.*** *Von Prof. Fr. Fuchs, Bonn. (Monatschr. f. Unfallhk. 1894. 3.)*

Die Methode gründet sich darauf, dass man ohne vorherige Einübung nicht gleichzeitig mit dem rechten und dem linken Arme, oder mit einem Arme und einem Beine zwei verschiedene Bewegungen ausführen kann, ohne dass diese sich gegenseitig stören. So ist bekanntlich Niemand im Stande, mit der rechten Hand ein D und gleichzeitig mit der linken Hand oder einer Fussspitze ein E in die Luft zu zeichnen. Lässt man also einen Menschen, der einen Tremor an der linken Hand vorzutäuschen sucht, mit der rechten Hand vorgeschriebene Figuren, Kreuze, Kreise, Buchstaben u. dergl. in die Luft zeichnen, so treten an jener unwillkürliche Mitbewegungen auf, durch welche die Zitterbewegungen stossweise unterbrochen werden. Diese Mitbewegungen sind ein sicheres Kennzeichen der Simulation. Denn sie stellen sich nur ein, wenn die linke Hand gleichzeitig mit der rechten eine gewollte Bewegung ausführt; sie bleiben aus, wenn sie mit einem automatisch von statten gehenden pathologischen Tremor behaftet ist; in einem Falle von einseitiger Paralysis agitans und mehreren Fällen von neurasthenischem Zittern hat Verf. sie wenigstens nicht wahrgenommen. Zur Ausführung des Verfahrens fordert man den zu Untersuchenden auf, die nicht zitternde Hand genau so zu bewegen, wie es ihm vorgemacht wird. Er muss mit der Spitze seines Zeigefingers der des Untersuchenden, während diese sich unter häufigem Wechsel der Richtung bald langsamer und bald rascher bewegt, fortwährend gegenüber bleiben, damit er verhindert werde, die Bewegungen der einen Hand denen der anderen anzupassen. Damit er nicht sofort merke, was hierbei bezweckt wird, gibt man sich den Anschein, als ob man die Bewegungsfähigkeit des gesunden Armes prüfen wolle. Da er keine Veranlassung



hat, diese zu verhehlen, so wird er sich im Allgemeinen gern dazu herbeilassen, die vorgemachten Bewegungen nachzumachen, und die Simulation wird dann dadurch zu Tage treten, dass die Zitterbewegungen der anderen Hand gänzlich aufhören oder durch die verrätherischen Mitbewegungen unterbrochen werden. Diese traten in zweien der von Verf. beobachteten Fälle schon ein, wenn er den zu Untersuchenden veranlasste, die nicht zitternde Hand mit mässiger Geschwindigkeit, in gerader Linie hin und her zu bewegen. In einem dieser Fälle schien der Untersuchte schliesslich den Zweck der Prüfung erkannt zu haben. Er gab sich ersichtlich die grösste Mühe, die Zitterbewegungen seiner rechten Hand unverändert beizubehalten; er war dann aber, wenn ihm dieses gelang, nicht im Stande, mit der anderen Hand die vorgeschriebenen Bewegungen zu machen, indem jetzt an dieser die Mitbewegungen zum Vorschein kamen.

667. ***Ueber den Tod durch Elektricität.*** *Von Prof. Dr.* ***Julius Kratter****, Graz. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 21. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 52.)*

Verf. hat experimentelle Untersuchungen über die physiologischen und pathologischen Wirkungen von Starkstromleitungen auf den thierischen Organismus vorgenommen. Er benutzte für seine Versuche theils den primären Wechselstrom von hoher Spannung (1600—2000 V.) des Elektricitätswerkes zu Innsbruck, theils transformirte Wechselströme verschieden hoher Spannung aus derselben Quelle. Als Versuchsthiere kamen weisse Mäuse, Kaninchen, Meerschweinchen, Hunde und Katzen etc. zur Verwendung. Seine von anderen Forschern zum Theil wesentlich abweichenden Untersuchungsergebnisse, die er in einer grösseren Arbeit ausführlicher mitzutheilen gedenkt, sind folgende: I. Meist erfolgte der Tod durch die bei Experimenten an Thieren allezeit auftretende plötzliche Hemmung der Athmung (primärer Respirationsstillstand), eine Functionsstörung, die in einem Theile der Fälle auch nach dem Aufhören des Reizes so lange andauert, bis definitiver Tod durch Erstickung (Asphyxie) eingetreten ist. Während der Asphyxie ist die Herzbewegung noch erhalten. Dauert der Respirationsstillstand über eine gewisse Zeit (circa zwei Minuten) an, so tritt, wie bei der mechanischen Erstickung, secundärer Herzstillstand (Tod) ein. Nicht selten jedoch beginnt das Thier spontan zu athmen und erholt sich in einiger Zeit völlig. Es werden überhaupt Thiere auch durch Ströme von hoher Spannung (1500—2000 V.) nicht sicher und leicht getödtet. Die Gefährlichkeit des elektrischen Stromes für eine Thierspecies scheint von der Organisation des centralen Nervensystems abzuhängen und mit der höheren Entwicklung des Gehirns in gleichem Masse zuzunehmen. Dadurch würde die Thatsache ihre Erklärung finden, dass Menschen fast ausnahmslos durch Ströme getödtet werden, welche Meerschweinchen und Kaninchen auch dann nicht sicher tödten, wenn die Elektroden am Kopfe angelegt werden. II. Manchmal tritt der Tod blitzähnlich durch augenblickliche Hemmung der Herzbewegung, somit durch primären Herzstillstand, ein, ein Vorgang, der als Shock (reflectorischer Herzstillstand) bezeichnet zu werden pflegt. Eine allmälige Erlahmung der Herzthätigkeit (protrahirter Herztod),



wie er in einem vom Verf. mitgetheilten Falle beim Menschen beobachtet wurde, konnte experimentell nie erzeugt werden. In keinem dieser Fälle war eine anatomische Veränderung, welche den Tod zu erklären vermochte, auffindbar. Unzweifelhaft handelt es sich um feine, wahrscheinlich nur moleculäre, vielleicht chemische, und morphologisch gar nicht erkennbare Veränderungen in den Ganglienzellen des Respirations- und Circulationscentrums. III. In einzelnen Fällen kommt es zu mechanischen Läsionen in Form von Zerreissungen der Blutgefässe der Dura oder Pia mater und zur Quetschung der Gehirnoberfläche; es bilden sich subdurale Hämatome und intermeningeale Hämorrhagien. Das Thier geht an Hirndruck mitunter erst nach vielen Stunden zu Grunde. IV. Die anatomische Diagnose wird gesichert durch eigenthümliche Verbrennungen an den Contactstellen und durch Blutungen, welche den Weg bezeichnen, den der Strom durch den Körper genommen hat. Diese mitunter nur capillären Blutaustretungen finden sich insbesondere an den Gefässscheiden.

668. ***Ein Fall von Prolapsus recti, durch Trauma hervorgerufen.*** *Von Sanitätsrath Dr. **Hirschberg**, Kreisphysicus in Posen. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 14. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 49.)*

Ein Arbeiter wurde am 8. März v. J. durch einen bei einem heftigen Sturm zufallenden schweren Scheunenthorflügel an die Scheunenwand gedrückt und an der linken Schulter und in der Kreuzgegend gequetscht. Er wurde noch an demselben Tage in das Krankenhaus gebracht, wo eine Zersplitterung des Schultergelenkes und Bruch und Verrenkung des Oberarmkopfes constatirt wurde. Am 3. Mai v. J. wurde dem Verf. der betreffende Arbeiter zum ersten Male durch die landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft zur Beurtheilung seines Zustandes vorgestellt. Er gab an, dass seine Schulterverletzung gut verheilt sei und er den Arm, wenn auch nicht vollständig, so doch schon zu einigen Arbeiten gebrauchen könne. Dagegen leide er schwer unter einem Mastdarmvorfall, der ebenfalls durch den Unfall hervorgerufen sei. Er habe gleich nach demselben an Schmerzen im Kreuz und unwillkürlichen häufigen Durchfällen gelitten, und darauf sei dieser Vorfall eingetreten. Der Mann zeigte einen 10 Cm. langen, Schleim und Blut absondernden Mastdarmvorfall, der leicht hervortrat und leicht zurückzubringen war. Nach der Aussage des dirigirenden Arztes des Krankenhauses, in dem der Patient behandelt worden war, bestand zur Zeit der Behandlung kein Prolaps, sondern es lag nur ein Kranz dicker, blaurother Hämorrhoidalknoten vor, welche einen Vorfall vortäuschen konnten. Was die Hämorrhoidalknoten, respective das Vorkommniss eines Mastdarmvorfalles in Folge des Unfalles „Pressung gegen die Wand“ anbetrifft, so wurde die Möglichkeit von ihm bestimmt verneint. So schwer verständlich der Zusammenhang zwischen dem Prolaps und der mechanischen Gewalt auch erschien, so gelangte Verf. auf Grund des ganzen Verhaltens des Patienten dennoch zu der festen inneren Ueberzeugung der Möglichkeit eines Zusammenhanges des Vorfalles mit der Quetschung. Um aber seine Zweifel, welche durch das entgegenstehende Gutachten des Hospitalarztes wieder hervortraten, zu zerstreuen, wandte Verf. sich an die Professoren *v. Esmarch*



und *v. Bardeleben*, welche die Möglichkeit des vom ihm angenommenen Entstehungsmodus durchaus zugaben. Prof. *v. Esmarch* in specie bemerkte Folgendes: „Der Vorfall erscheint mir von einer partiellen Lähmung des Sphincter ani abzuhängen. Diese Lähmung kann sehr wohl in Folge der starken Contusion der Kreuzgegend entstanden sein, da ja die Nerven des Sphincters (Nervi haemorrh. ext. s. inferiores) aus dem Kreuzbeingeflecht (Pudendus communis) stammen und aus den Kreuzbeinlöchern hervortreten. Es wäre wohl möglich, dass ein Bruch des Kreuzbeins stattgefunden hat, welcher aber nicht von aussen hat gefühlt werden können, weil keine Dislocation zu Stande kam. Vielleicht war es eine Fissur, welche durch das zweite oder dritte Kreuzbeinloch der einen Seite verlief. Es könnte ferner durch die gewaltige Quetschung ein Blutextravasat an der Innenseite des Kreuzbeines entstanden sein, welches sich im Zellgewebe des Mastdarms herabgesenkt und Falten der Schleimhaut aus dem After herausgedrängt hatte." *v. Bardeleben* erwähnte überdies einen analogen und noch viel schwerer verständlichen Fall, der ein junges Mädchen, intacta virgo, betraf, welches von einem hoch beladenen Erntewagen stürzte und dadurch einen Vorfall des Uterus mit völliger Inversion der Vagina erlitt.

669. ***Veränderung des Morphins unter dem Einfluss von Schimmel und aëroben Bacterien.*** *Von Lamal. (Annal et bull. de la soc. de méd. d'Anvers. 1893. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 26.)*

Das Morphin wird sehr langsam vom Schimmelpilz beeinflusst. Derselbe bildet einen Theil des Alkaloids zu wesentlichen Stoffen seines Gewebes um. Ein zweiter Theil der Base wird in indirecter Form oxydirt, wobei als Rückstand ammoniakhaltige Salze und Nitrate zurückbleiben. Ein dritter und geringster Theil des Alkaloids wird in Oxymorphin und zwei deutlich vom Morphin verschiedene Alkaloide verwandelt, deren bei den Versuchen des Verf.'s erzeugte Mengen zu gering waren, um ihre Zusammensetzung bestimmen zu können. In Gegenwart von Luft und Feuchtigkeit besitzen die Bacterien die Fähigkeit, eine grössere Menge von Morphin zu oxydiren, um dieselbe in Oxymorphin überzuführen.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

670. ***Zur Kenntniss der chronischen Nicotin- und Alkoholvergiftung.*** *Von Dr. Vas. (Arch. f. experim. Path. u. Pharm. Bd. XXXIII, pag. 141. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 23.)*

Die bisherigen Untersuchungen des Tabakrauches geben keine sichere Entscheidung über das Vorhandensein von Nicotin in demselben. Verf. verbrannte Elsässer Tabak in einer grossen Pfeife aus Eisenblech. Der Rauch wurde durch einen Aspirator angezogen und in einer Reihe von gekühlten *Wulff*'schen Flaschen, die mit angesäuertem Wasser gefüllt waren, aufgefangen. Bei der Eindämpfung dieses Wassers schieden sich grosse Mengen theerartiger Substanzen ab, die sich an Fröschen als völlig unwirksam erwiesen. Die in Lösung gebliebenen Substanzen wurden zum Theile durch



Kalilauge gefällt und gereinigt. Sie stellten eine lichtgelbe, alkalische, syrupartige Substanz dar, die schon in sehr geringen Dosen bei Fröschen Erscheinungen von Nicotinvergiftung hervorrief. Aus diesem Gemenge von Alkaloiden konnte sowohl durch Platinchlorid wie durch Weinsäure das entsprechende Nicotinsalz isolirt werden. Die zurückgebliebene Substanz war verschwindend gering gegenüber der grossen Menge des Nicotins. Verf. hält es demnach für zweifellos, dass der grösste Theil jener Folgezustände, welche dem hochgradigen Tabakgenusse folgen, als chronische Nicotinvergiftung aufzufassen sind. Er erzeugte nun eine experimentelle chronische Nicotinvergiftung bei Kaninchen und untersuchte die Veränderungen des Blutes, das Körpergewicht der Thiere und histologisch die Nervenzellen im Rückenmarke und in den peripheren Ganglien. Es ergaben die Versuche, dass der Hämoglobingehalt und die Zahl der rothen Blutkörperchen sich bedeutend verringerten, ebenso nahm die Blutalkalescenz ab, während der Gehalt des Blutes an Trockensubstanz sich annähernd gleich blieb. Das Körpergewicht erlitt einen beträchtlichen Verlust. Diese Veränderungen unterscheiden sich von denen bei chronischer Alkoholvergiftung dadurch, dass bei letzterer die Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen keine Abnahme, respective Zunahme erleidet und die Zahlen für die Blutalkalescenz die gleichen bleiben. Die mikroskopischen Untersuchungen der Nervenzellen erstreckten sich auf diejenigen, deren normale Structur als bekannt betrachtet werden darf. Es wurden mittelst der *Nisse*'schen Methode die grossen Vorderhornzellen des Rückenmarkes und die Zellen der spinalen und sympathischen Ganglien untersucht. Die Veränderungen, welche hier (nach 8wöchentlicher Vergiftung) gefunden wurden, sind durchaus dieselben, wie bei der chronischen Alkoholvergiftung und bestehen in einer Degeneration der Chromatinstructur. Dieselbe Degeneration fand *Friedmann* bei experimenteller Myelitis und *Sarbo* nach Phosphor- und Bleiintoxication. Einige Abbildungen erläutern die Degenerationszustände.

671. ***Ueber die Virulenz des Commabacillus in ihrer Beziehung zum Nährboden.*** *Von Dr. med.* ***A. Blachstein.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1894. 17. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 50.)*

Verf. hat die Beziehungen zwischen der Virulenz des Commabacillus und dem Nährboden desselben untersucht und kommt zu dem Schluss, dass die Virulenz des Commabacillus lediglich eine Function des Nährbodens ist. Man kann durch Variation des Nährbodens bei jeder Cultur, deren Wachsthumsenergie durch äussere Schädlichkeiten nicht gelitten hat, folgende drei vom Verf. festgestellte Arten der Virulenz je nach Belieben hervorrufen oder zum Verschwinden bringen: 1. Die indifferente Virulenz. Der Commabacillus verhält sich in seinem Nährboden dem Thiere gegenüber wie ein harmloser Saprophyt. So z. B. der Commabacillus in der Fleischwasser-Pepton-Bouillon. 2. Die latente Virulenz. Der Commabacillus ist in seinem Nährboden dem Thiere gegenüber vom Unterhautzellgewebe aus nicht virulent; er hat aber die sehr wichtige Fähigkeit erlangt, virulent zu werden. Der Commabacillus ist in seinem Nährboden zu einer echten Infectionsquelle geworden. So der Commabacillus im Nitrat-Peptonwasser. 3. Die freie oder active Virulenz. Der Commabacillus ist in seinem Nährboden als ein



infectiöses Agens zu betrachten und verhält sich als solches dem Thiere gegenüber vom Unterhautzellengewebe aus wie ein pathogener Organismus. So verhält sich die junge Phosphat-, respective Phosphat-Eisen-Cultur, die mit Commabacillen hergestellt worden ist, die aus einer Nitrat-Cultur kommen.

672. ***Ueber chemische Wasserreinigung.*** *Von A. S. Tschemolossow. Vortrag am V. Congress russischer Aerzte. (Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 12.)*

Vortr. versetzte das zu reinigende Wasser mit $^1/_{100}\%$ und $^1/_{50}\%$ umkrystallisirten Alauns, worauf es klar wurde wie destillirtes; die Reaction war dabei immer neutral, der Geschmack gut. Einen Tag nach dem Zusatz gab das Wasser in Fleischpepton-Gelatine keine Colonien, wohl aber vom 2. Tage an in wachsender Menge. Meist handelte es sich um Coccen, sehr selten um Stäbchen: Verflüssiger wurden fast gar nicht angetroffen. Die Untersuchung des Bodensatzes ergab massenhaft Colonien und dieselben Bacterienarten, die im ungereinigten Wasser gefunden waren. Vortr. schreibt die Wirkung des Alauns auf die Verringerung der Bacterienzahl nur zum geringen Theil der chemischen Veränderung des Wassers zu. Der Haupteffect wird durch die Bildung des Niederschlages hervorgebracht, welcher alle suspendirten Partikel incl. Bacterien mitreisst. Das gereinigte Wasser ist entsprechend der zugesetzten Alaunmenge reicher an SO_3. Da das Gewicht der Niederschlagsmenge bei Zusatz von $^1/_{50}\%$ und $^1/_{100}\%$ fast gleich ist, so soll man sich mit der letzteren Quantität begnügen, um unnöthige SO_3-Bildung zu vermeiden. Vortr. empfiehlt diese Reinigungsmethode in Ermanglung guter Filter anzuwenden, jedoch nicht zur Zeit von Choleraepidemien, wo das Trinkwasser durchaus abgekocht werden muss. In der Discussion bemerkt *F. Schidlowski*, dass er die Wasserreinigung mit Alaun jeglichem Filter vorzieht mit Ausnahme des *Pasteur*'schen. *Aleksejewski* berichtet, dass während früherer Choleraepidemien Alaun vorwiegend zur Wasserreinigung benutzt wurde, aber auch in der jüngsten Epidemie sei dieses Mittel vielfach mit Erfolg angewandt worden.

673. ***Die Aetiologie der Winckel'schen Krankheit.*** *Von L. Kamen. (Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. Bd. XIV, Heft 1. — Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkunde. Bd. XIV, Nr. 25.)*

Bei fünf im Laufe eines Monates in der Gebäranstalt zu Czernowitz unter den Symptomen der *Winckel*'schen Krankheit verstorbenen Kindern ergab die Section Hyperämie der inneren Organe, theilweise mit Extravasation, Fettentartung in der Leber, Milztumor und parenchymatöse Nephritis mit Infarcten, die sich als Harnsäureinfarcte erwiesen. (Sonst sind gewöhnlich Hämoglobininfarcte beschrieben worden.) Die bakteriologische Untersuchung des Blutes vom Lebenden fiel negativ aus, dagegen liess sich aus den inneren Organen ein kleines Stäbchen isoliren, welches durch weitere Züchtungsmethoden als das Bact. coli. comm. identificirt wurde. Derselbe Mikroorganismus fand sich auch im Brunnenwasser der Anstalt, welches zum Baden und Mundreinigen der Neugeborenen verwendet wurde, woraus Verf. den Schluss zieht, dass in dem vorliegenden Falle das Bact. coli comm. die *Winckel*'sche Krankheit hervorgerufen habe, und dass das Wasser als der



Vermittler des Infectionserregers anzusehen sei. Der Referent des Centralblattes macht hiezu die Bemerkung, dass in *Virchow's* Archiv, Bd. 123, Heft 1 von *Lubarsch* ein Fall von septischer Pneumonie bei einem Neugeborenen veröffentlicht wurde, welcher ebenfalls unter den Symptomen der *Winckel*'schen Krankheit verlief, und in dem sich auch die gleichen anatomischen Veränderungen, besonders Harnsäureinfarcte der Nieren vorfanden. In diesem Falle wurde der Bac. enteritidis Gärtner als Krankheitserreger aufgefunden, welcher vornehmlich durch seine toxischen Eigenschaften vom Bact. coli comm. unterscheiden ist. Da Verf. die toxischen Eigenschaften seines Mikroorganismus nicht geprüft hat, ist es nicht unmöglich, dass es sich auch hier um eine Intoxication mit dem Bac. enterit. Gärtner gehandelt hat.

674. ***Ueber den Influenzabacillus.*** *Von Dr. **Huber**. (Zeitschrift f. Hygiene. Bd. XV, pag. 454. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 26.)*

Verf. hat in einer Reihe von Influenzafällen, die zum Theil sporadisch vorkamen, zum Theil aus zwei kleineren Epidemien bei zwei Regimentern stammten, bacteriologische Untersuchungen vorgenommen, die Beachtung verdienen, insofern sie in allen wesentlichen Punkten die Angaben von *Pfeiffer* und *Weichselbaum* über den (*Pfeiffer*'schen) Influenzabacillus bestätigen. Eine solche Bestätigung aber erscheint nicht überflüssig, da eine Anzahl von anderen Untersuchern zu abweichenden Resultaten gekommen waren. In den sporadisch vorgekommenen, klinisch als Influenza angesprochenen Fällen (5) konnten weder mikroskopisch, noch durch die Cultur im Sputum Influenzabacillen nachgewiesen werden. Wohl aber gelang dies in einer Reihe der epidemisch aufgetretenen Fälle. Unter 15 hierher gehörigen Fällen wurden viermal die Bacillen typisch im Sputum durch Färbung mit verdünntem Carbolfuchsin, und zwar in reichlicher Menge, aufgefunden. Das Sputum war hier in charakteristischer Weise gelbgrünlich, zäh und geballt. In einer Reihe von ganz frischen Fällen, mit geringem zähen Sputum, gelang der Nachweis in diesem nicht. Wohl aber wurden hier, in 5 darauf untersuchten Fällen dreimal, die Krankheitserreger in dem abgestreiften Secret der Schleimhaut des Nasenrachenraumes nachgewiesen. Nach *Pfeiffer's* Untersuchungen spielt sich der Process, ehe er auf den Bronchialbaum übergreift, im Nasenraum ab, welches Verhalten für die bacteriologische Frühdiagnose demnach von Wichtigkeit ist. Das Culturverfahren ergab in 8 Fällen charakteristische Colonien, die „kleine, oft nur mit der Lupe erkennbare, runde, von einander isolirt bleibende, wasserklare Tröpfchen“ darstellten. Als Nährboden kam nach *Pfeiffer's* Vorschrift Blutagar zur Verwendung. Uebertragungsversuche auf andere bekannte Nährböden scheiterten, in Uebereinstimmung mit den Angaben *Pfeiffer's*. Aus dem Blute konnten in keinem Falle (14 Fälle untersucht) Influenzabacillen durch die Cultur erhalten werden. Dies widerstreitet der Ansicht *Canon's*, dass sich in den meisten, vielleicht allen frischen Influenzafällen die Bacillen zu irgend einer Zeit des Anfalles im Blute befinden. Zum Schluss seiner Arbeit gibt der Verf. eine Vorschrift durch Verwendung eines im Handel vorkommenden Hämoglobinpräparates, Hämatogen



von Dr. *Hommel*, einen für Influenzaculturen ebenfalls verwerthbaren Nährboden herzustellen. Der technische Vortheil gegenüber der Verwendung von Blut nach der Vorschrift *Pfeiffer's* liegt nach Verf. darin, dass das Hämatogen nach Zusatz von Alkali bei 100° sterilisirt werden kann, ohne dass es gerinnt, während man bei dem Blute bisher auf steriles Auffangen, das nicht immer gelingt, sich beschränken musste. Auf Hämatogenagar wachsen die Culturen erheblich langsamer als auf Blutagar. Dafür besitzen sie auf jenem aber eine bedeutend grössere Lebensdauer, indem sie noch nach 67 Tagen mit Erfolg weitergeimpft werden konnten, während die Blutagarculturen nach 14—18 Tagen abzusterben pflegen.

675. ***Beziehungen zwischen Kuhmilch und Cholerabacillen.*** *Von* ***W. Hesse.*** *(Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankh. XVII, 2. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 27.)*

Aus den Versuchen des Verf. geht hervor, dass frische, rohe Kuhmilch kein Nährboden für den Cholerabacillus ist, da letzterer in ihr rasch zu Grunde geht. Der Abtödtungsvorgang beginnt in dem Augenblicke, in dem die Cholerabacillen der Milch zugeführt werden, und ist bei Zimmertemperatur von 15—20° C. binnen 12 Stunden beendet. Alter und Nährboden der Bacillen spielen hier keine Rolle. Die Abtödtung ist unabhängig von dem Säuregehalte und von den Keimen in der Milch, sie ist eine Lebensäusserung der lebenden Milch, die mit dem Erhitzen der Milch auf 100° C. augenblicklich erlischt. Drei Stunden und darüber dem strömenden Dampfe ausgesetzt gewesene Milch ist kein Nährboden für den Cholerabacillus, Milch, die sich nur 1½ Stunden im Dampfstrome befand, ist vorübergehend ein guter Nährboden. Da sich die Kuhmilch dem Typhusbacillus gegenüber ganz ähnlich verhält, wie zum Erreger der Cholera, wird man nach Verf. die rohe Milch, die höchstens vorübergehend als Träger, niemals aber als Nährboden für Cholera- und Typhusbacillen in Betracht kommen kann, im Gegensatze zur gekochten Milch, für unverdächtig zu halten haben.

Literatur.

676. ***Repetitorium der Zahnheilkunde, zugleich ein Examinatorium über sämmtliche Hilfswissenschaften für die zahnärztliche Staatsprüfung.*** *In Fragen und Antworten geordnet von* ***Paul de Terra,*** *praktischer Zahnarzt in Zürich. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1894. XV und 516 S. 8°.*

Das vorliegende Werk stellt den ersten Versuch dar, die theoretische und praktische Zahnheilkunde in einem Compendium zusammenzufassen. Mit grosser Sorgfalt hat Verf. aus der Physik, Chemie, Anatomie, Histologie, Entwicklungsgeschichte, Pathologie, Therapie, Chirurgie, Bacteriologie, Arzneimittellehre, Toxikologie, Zahnheilkunde und Zahnersatzkunde dasjenige zusammengefasst, was der Zahnarzt zu seiner tüchtigen Ausbildung und zur Durchführung seiner Praxis bedarf. Ein solches Werk dient nicht nur als Repetitorium für das Examen, sondern auch als Nachschlagebuch für den Praktiker, welcher mit den Fortschritten seiner Doctrin gleichen Schritt halten will. Selbstverständlich und gerade das



ist der Vorzug des Buches, sind sämmtliche Doctrinen in Rücksicht auf ihre Verwerthung in der Zahnheilkunde benützt, und wir finden hier viele Fragen beantwortet, die in den für Mediciner eingerichteten Compendien der theoretischen Disciplinen nicht berücksichtigt sind. So finden wir z. B. in der Chemie die phosphorsauren Zinksalze, weil sie einen Bestandtheil der Cementplomben sind, hervorgehoben. Auch beantwortet Verf. die Frage, welche für den Zahnarzt selbstverständlich wichtig ist: wie entfernt man die Metalle, die eine Goldlegirung verunreinigen? Ferner, welche sind die Formeln für 18—20karatige Goldlegirungen?

In der organischen Chemie werden die Eigenschaften des Kautschuk, des Hartgummi, des Guttapercha, sämmtlich wichtige Stoffe für den Zahnarzt, eingehend geschildert, ebenso die als Anästhetica gebräuchlichen Verbindungen, Aether, Chloroform, Pental u. A. In gleicher Weise werden Histologie, Anatomie, Physiologie, Pathologie und Bacteriologie behandelt. Doch auch die Operationslehre und Zahnersatzkunde sind, wenn auch in compendiöser Form, immerhin ausführlich genug gegeben, um den Studirenden bei Vorbereitung für das Staatsexamen auch diesen praktischen Theil der Doctrin klar und übersichtlich vor das Auge zu führen. —*r.*

677. ***Ueber die Trugwahrnehmung (Hallucination und Illusion).*** *Von Edmund Parish.* (*Leipzig 1894.*)

Hervorgegangen aus den Anregungen, welche der Verf. durch eingehende Beschäftigung mit dem Resultate der internationalen Statistik über Wachhallucinationen bei Gesunden erhielt, ist vorliegende Arbeit das Werk eingehendster Forschungen der deutschen, englischen, französischen und amerikanischen Literatur. Ein Blick auf die ungemein grosse Anzahl der Citate, die nicht selten ausführlich wiedergegebenen Einzelbeobachtungen, zeigt eine Vertiefung in den Gegenstand, wie sie vielleicht bis jetzt noch nicht stattgefunden. Wurde in früheren Arbeiten von Wachhallucinationen gesunder Personen Abstand genommen, so hat Verf. aus dem Material der Pariser Enquête vom Jahre 1889 diese Phänomene der übrigen Trugwahrnehmungen seinen Untersuchungen eingereiht. Dabei konnte er nicht Abstand nehmen, es zu versuchen, durch Hypothesen Lücken der Physiologie und der Lehre von den localisirten Functionen des Gehirns auszufüllen. Zahlenmässig sind die Ergebnisse der internationalen Statistik über Wachhallucinationen bei Gesunden, hier zum ersten Male, angeführt. Es ist unmöglich, den Gesammtinhalt auch nur annähernd in Kürze wiederzugeben, es genügt anzuführen, dass der Reihe nach besprochen wird Begriffsbestimmung, Trugwahrnehmungen in pathologischen und physiologischen Zuständen, Wachhallucinationen, der physiologische Vorgang bei der Trugwahrnehmung, die Erzeuger derselben (die Reize), der Inhalt der Trugwahrnehmung, die Auslösung derselben, die Deutlichkeit der Hallucination, das Benehmen der Hallucinanten. Wir haben ein gross angelegtes Werk vor uns, das viel Neues, wenn auch für den Anhänger exacter Wissenschaft nicht immer Ueberzeugendes bietet. Immer war der Verf. jedoch bestrebt, das Transscendentale zu meiden und so viel als möglich auf dem Standpunkt realer Forschung zu bleiben. Jedenfalls ist reiche Anregung zur Eruirung von Pro und Contra gegeben. —*y.*





Kleine Mittheilungen.

678. ***E. L. Labanovsky*** hat bei einem schweren Fall von Gesichtserysipel ***Compressen,*** die mit einer heissen 1 : 1000 Lösung von Sublimat imbibirt waren, so heiss wie möglich auf die inficirten Stellen legen und möglichst häufig wechseln lassen. Chinin sulf. innerlich, Milch, Bouillon. Das Resultat war ein sehr gutes. Sofort Abfall der Temperatur von 41·1° C. auf 40° C., am 7. Tage Abfall der Temperatur auf 39° C., am 8. Tage unter 38° C. — Genesung.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. Janvier 1894.
St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 5.)

679. ***Ein Fall von diaphragmalem Pyothorax.*** *Von **E. Kanel.** (Medicina. 1894. 8. [Russisch.] — Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 5.)*

Die Diagnose wurde zu Lebzeiten des Patienten gestellt. Es bestanden: Cyanose, Kurzathmigkeit, abgeschwächtes Athmen rechts hinten und gedämpfter Percussionsschall, spastische Contractionen des Zwerchfells. Die Thoracotomie entdeckte nicht den Eiterherd, wohl aber wurde derselbe bei der Section ermittelt.

680. ***Diagnostischer Werth des Ganglion supraclaviculare.*** *Von Dr. **Comby.** (Semaine méd. 1893. 73. — **Monatsschr.** f. Ohrenhk. 1894. 6.)*

Verf. stellte die Diagnose auf Pleurakrebs bei einer 57jährigen Frau durch Vorhandensein des Ganglion supraclaviculare derselben Seite; bei cachectischen Kranken, wo man keine bestimmte Diagnose stellen kann, lässt die Gegenwart eines harten, angeschwollenen Ganglion supraclaviculare an ein viscerales Krebsleiden denken. Dr. *Vidal* fand bei der Section eines an Pyloruscarcinom, welches nicht sicher diagnosticirt war, zu Grunde gegangenen 60jährigen Patienten hinter dem Sternocleidomastoideus ein erweichtes Ganglion, ohne dass sonst ein Zusammenhang desselben mit dem bestehenden Magencarcinom durch die Lymphbahnen nachgewiesen werden konnte.

681. ***Die Diphtheritis in Belgien.*** *Von DDr. **Godart** und **Kirschner.** (Annal. des malad. de l'oreille et du larynx. 1893. 11. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894. 6.)*

Von allen Städten Europas zeigen die belgischen Städte die geringste Mortalität an Diphtheritis. In ganz Belgien stellt die Diphtheritis 7·7 auf 10.000 Einwohner und 3·7% aller Todesfälle. Diese Statistik ist günstiger als die anderer Länder. Die Diphtheritis ist in Belgien häufiger auf dem Lande als in den Städten; am häufigsten ist sie in dem vlämischen Theile Belgiens.

682. ***Der Gebrauch des Calomels in refracta dosi.*** *Von **Charles W. Chapmann.** (Lancet. 1893. Juli. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 22.)*

Von den 3 Fällen, über die der Verf. berichtet, betrafen 2 Magendarmcatarrhe, einer einen schweren Herzfehler mit Oedemen. Die Behandlung bestand in Darreichung kleinster Calomeldosen (0·01) halbstündlich, wobei in 24 Stunden bis 24 Pulver gegeben wurden. Der Erfolg war in allen 3 Fällen ein überraschend günstiger.

683. ***Ueber explosive Mischungen*** schreibt Prof. ***Husemann,*** Göttingen, in der Pharm. Ztg.: Die deutschen Handbücher der Arzneimittel- und Arzneiverordnungslehre warnen seit Decennien davor, chlorsaures Kalium und überhaupt Medicamente, welche leicht Sauerstoff abgeben, mit organischen Substanzen zusammen in Pulverform zu dispensiren. Wie nothwendig es ist, die Gefährlichkeit derartiger Verordnungsweisen einzuschärfen, lehrt ein neulich in der Société de thérapeutique in Paris vorgetragener Fall. Der Arzt hatte die Gepflogenheit, Zahnpulver aus 5 Grm. Kalium chloricum, aa. 10 Grm. Magnesia usta, Creta praeparata und Natrium boracicum und 2 gtt. Ol. Menth. zu verordnen, glaubte aber das Recept zu verbessern und das Zahnpulver noch stärker antiseptisch machen zu können, wenn er ½ Grm. Saccharin hinzufügte. Doch das bekam dem Apotheker, der die Mischung anfertigte, übel. Das Verreiben des Kaliumchlorates und des Saccharins führte zu einer heftigen Explosion und zu starken Brandwunden beider Hände. Der vortragende



Arzt glaubt Vorsicht bei gleichzeitiger Verordnung von Saccharin und Kalium chloricum anrathen zu müssen. Es gilt dies aber nur für die pharmakotaktisch völlig unzulässige Verordnung in Pulverform, nicht für Lösungen, und in Bezug auf die Pulverform gilt vom Saccharin nur dasselbe, was von anderen organischen Verbindungen gilt.

Sitzungsberichte.

684. ***Ueber fiebererregende Bacterienproducte.*** *Von DDr.* ***Julius Donáth*** *und* ***Geyza Gara.*** *Vorgetragen von Dr. J. Donáth am internationalen medicinischen Congress in Rom. (Allg. Wiener med. Ztg. 1894. 14.)*

In der Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Infectionskrankheiten vermag heutzutage die Bacteriologie grosse Fortschritte aufzuweisen. Jedoch ist bezüglich einer so allgemeinen Erscheinung der ansteckenden Krankheiten, wie es das Fieber ist, bisher wenig geschehen. Die Frage ist aber auch eine höchst schwierige, denn das Fieber ist eine complicirte Erscheinung, welche auf eine gemeinsame Ursache nicht zurückgeführt werden kann und wo jedenfalls das vasomotorische Centrum betheiligt ist.

In den Fragen der Infection und Vaccination huldigte man bekanntlich der vitalistischen Theorie von *Pasteur*, doch drängen die Beobachtungen immer mehr zur Annahme, dass es in letzterer Linie nicht der parasitäre Lebensprocess der Bacterien an sich, sondern deren Stoffwechselproducte es sind, welche die Krankheitserscheinungen, sowie die Immunisation hervorbringen.

Treffend bezeichnet *Gamaleïa* die Infection als „eine Intoxication mit Bacteriengiften". Nachdem es schon *Pasteur* gelungen war, mittelst keimfreier Bouillonculturen von Hühnercholera die Hauptsymptome dieser Krankheit hervorzurufen, wurde die Möglichkeit der chemischen Vaccination — d. h. die Schutzimpfung ohne Mikroben — in neuester Zeit für verschiedene Infectionskrankheiten erwiesen, unter denen ganz besonders die Diphtherie und der Tetanus hervorzuheben sind. *Tizzoni* und *Cattani* ist es sogar gelungen, aus dem Blutserum von Thieren, welche gegen Tetanus immun gemacht worden waren, die immunisirende albuminoide Substanz in einem bemerkenswerthen Grade von Reinheit darzustellen.

Was das Fieber anbelangt, wissen wir vom Tuberculin und Mallein, dass sie hohes Fieber erzeugen können und dass sie deshalb als werthvolle diagnostische Mittel dienen. *Charrin* und *Rüffer* fanden fiebererregend das keimfreie Filtrat des B. pyocyaneus; Aehnliches fand *Serafini* bezüglich des *Friedländer*'schen und *Lucatello* bezüglich des *Fränkel*'schen Bacillus.

Verff. experimentirten mit Kaninchen, Schafen und Pferden. Bei Kaninchen und Schafen, deren Temperatur schon unter normalen Verhältnissen bedeutende Schwankungen zeigt, wurde nur dann Fieber angenommen, wenn die Temperatur über 40° C. stieg. Dagegen zeichnet sich das Pferd durch eine sehr beständige Temperatur aus (37·6—38° C.).

Es ist zu bemerken, dass schon reines Peptonbouillon thermogen wirkt, aber nur in grösserer Menge oder Concentration.

Anthraxfiltrate in Mengen von 2—10 Ccm. in die Bauchhöhle oder unter die Haut gespritzt, erzeugen kein Fieber. Aber auch virulente



Anthraxculturen in Mengen von 0·5—1·0 Ccm. subcutan einverleibt, können ohne ausgesprochene Fieberbewegung zum Tode führen. Von neun Thieren bekamen auf diese Weise vier Fieber, sechs gingen zu Grunde, unter denen drei gefiebert hatten. Das Auftreten des Fiebers ist überhaupt nicht massgebend für das Erhaltenbleiben oder Zugrundegehen des Thieres. Bei dieser Gelegenheit untersuchten auch die Verff., ob die keimfreien Filtrate der Anthraxculturen Immunität zu verleihen vermögen. Sie fanden, dass ein solches Ergebniss thatsächlich zu erzielen ist, wenn die Bouilloncultur eine halbe Stunde bei 100° C. im Autoclave sterilisirt wurde. Von sieben so behandelten Kaninchen gingen nach der darauffolgenden Impfung mit virulentem Anthrax zwei zu Grunde, fünf blieben am Leben; von vier Controlthieren gingen zwei zu Grunde.

Die löslichen Producte von Streptococcus pyogenes zeigen ausgesprochene Fieberwirkung. So erzeugten beim Kaninchen 20 Ccm. einer 18tägigen Cultur Fieber zu 42° C.; bei einem anderen Thiere 30 Ccm. einer 29tägigen Cultur Fieber zu 40·1° C. Bei Schafen bewirkten 50 Ccm., subcutan injicirt, Temperatursteigerungen um 0·6°—1·5° C.; bei Pferden riefen 80 Ccm. Steigerungen um 1·1°—1·3° C. hervor. Virulente Streptococcusculturen riefen beim Kaninchen subcutan zu 1·0—1·5 Ccm. kein ausgesprochenes Fieber hervor. Die Sterilisation im Wasserbade bei 63° durch 20 Minuten scheint die pyogenen Substanzen theilweise zu zerstören. Die fiebererregenden Substanzen des Streptococcus pyogenes sind in Alkohol löslich.

Die Stoffwechselproducte des Staphylococcus pyogenes aureus zeigten sich bei allen Versuchen fiebererregend. Die Temperaturerhöhung beträgt beim Kaninchen 1·0°, beziehungsweise 0·8° C.; beim Schafe 1·0°, beziehungsweise 0·7° C.; beim Pferde 1·2°, beziehungsweise 1·4° C. Beim Kaninchen wurden 15—20 Ccm., beim Schafe 50, beim Pferde 80 in Anwendung gebracht. Der Höhepunkt des Fiebers wurde beim Schafe nach 12, beziehungsweise 10, beim Pferde nach 5, beziehungsweise 16 Stunden erreicht. Virulente Staphylococcuscultur erzeugt beim Kaninchen kein Fieber. Von drei Kaninchen gingen zwei zu Grunde, bei einem dieser Thiere war ausgedehnte Hautnecrose aufgetreten.

Vom Bacillus pyocyaneus erzeugten 15 Ccm. keimfreie Bouilloncultur beim Kaninchen Fieber von 40·2° C. Von drei Thieren gingen zwei an Intoxication zu Grunde. Ausgesprochener war das Fieber beim Schafe und beim Pferd. Das Temperaturmaximum betrug beim Schafe 41·7° C., beim Pferde 39·6° C. (heftiger Schüttelfrost!). Die Steigerungen betrugen bei den Schafen über die normale Anfangstemperatur 1·6° bis 2·6° C., bei den Pferden 2·2° bis 3·4° C.

Zur Entscheidung der Frage, ob in der geschwellten Milz bei Infectionskrankheiten fiebererregende Stoffe sich finden, wurden die wässerigen und alkoholischen Auszüge der Milz von Schweinen untersucht, welche an Schweinerothlauf zu Grunde gegangen waren. Von drei Kaninchen bekamen zwei Fieber von 41° C., beziehungsweise 42° C., das dritte ging ohne Temperatursteigerung zu Grunde. Bei zwei anderen Kaninchen zeigte sich Temperaturerniedrigung. Giftig erwies sich auch die Leber von Tauben, welche an verimpftem Schweinerothlauf zu Grunde gegangen waren. Die Auszüge von gesunden Schweinemilzen erzeugten kein Fieber. Beim Schafe erwiesen sich sowohl die wässerigen, als die alkoholischen Auszüge der Schweinerothlaufmilz als fiebererregend.

Ob bei dem Fieber ausser diesen pyogenen Bacterienproducten auch noch die *Metschnikoff*'schen Phagocyten eine Rolle spielen, welche nach *Gamaleïa's* Hypothese bei ihrer bacterienverdauenden Thätigkeit temperaturerhöhende Stoffwechselproducte erzeugen sollen, bleibt noch unentschieden.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Biedert, Dr. Philipp, Oberarzt am Bürgerspital und Kreisarzt in Hagenau. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Auf Grund der achten Auflage des Buches von *Prof. A. Vogel* ganz neu bearbeitet. Eilfte, sehr vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 2 lithographirten Tafeln und 60 Holzschnitten im Text. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Bubis, Dr. G., Sperminum Poehl, in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung. St. Petersburg, Buchdruckerei von Wienecke, 1894.

Hess J., ehem. Ober-Lazarethgehilfe der Armee etc., und *Dr. med. Mehler B.* Anleitung zur ersten Hilfeleistung bei plötzlichen Unfällen für Militär- und Civil-Lazarethgehilfen, Heildiener, Bauführer, Telegraphenbau-, Bahn-, Polizei-, Berg-, Hütten- und Fabriksbeamte, Werkmeister, Feuerwehrleute u. s. w. 26 Abbildungen. Frankfurt a. M., Verlag von H. Bechhold.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Sechsundsechzigste Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. Unter den nach Hunderten zählenden Vorträgen welche für die bevorstehende Naturforscher-Versammlung bereits angemeldet sind, erwecken selbstverständlich jene beim Publicum das grösste Interesse, welche für die allgemeinen, auch von den Damen der Versammlung besuchten Sitzungen bestimmt sind. Sie werden im Grossen Musikvereinssaale stattfinden. Den Reigen eröffnet Montag den 24. September *E. Leyden* (Berlin) mit einem Vortrag über den berühmten Wiener Organisator der medicinischen Anstalten „Gerh. van Swieten und die moderne Klinik". Dann spricht *E. Mach* (Prag) über „ein erkenntniss-theoretisches Thema". In der zweiten Sitzung (Mittwoch) spricht *H. v. Helmholtz* (Berlin) über „bleibende Bewegung und scheinbare Substanzen" und *A. Forel* (Zürich) über „Gehirn und Seele". Freitag den 28. September findet die Schlusssitzung statt mit Vorträgen *A. v. Kölliker's* (Würzburg) „über die feinere Anatomie und die physiologische Bedeutung des sympathischen Nervensystemes" und des Afrikareisenden *O. Baumann* „die Entdeckung der Nilquellen".

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

685. *Einige Bemerkungen über Chlorose.*

Von Dr. F. W. Warfvinge.

(Hygiea. Juni 1894, pag. 553.)

Man stellt die Chlorose bis jetzt allgemein zur Gruppe der constitutionellen Krankheiten der Ernährungsanomalien, wozu man früher auch Tuberculose und Aussatz rechnete. Wie diese jetzt als chronische Infectionskrankheiten erkannt sind, spricht viel dafür, dass auch die in Hinsicht ihrer Entstehungsweise und ihres ganzen Auftretens damit unverkennbar verwandte Chlorose analog wie die perniciöse progressive Anämie und Leukämie eine ähnliche Verschiebung im Krankheitssystem erfährt. Jedenfalls ist es nicht gerechtfertigt, die Chlorose mit Anämie in eine Rubrik zu bringen oder als eine Form der chronischen Anämie zu betrachten.

Ein wesentlicher Unterschied von dieser ist zunächst das spontane Auftreten ohne nachweisbare Ursache. Mit Mangel an Zufuhr von plastischem Rohmaterial, woraus die sogenannte Inanitionsanämie entsteht, hat sie nichts zu thun. Bei dieser atrophiren die Blutelemente in gleicher Weise wie die übrigen Körpergewebe, während bei Chlorose sich bedeutende Veränderung des Blutes findet, während Embonpoint und Fettpolster unverändert bleiben. Es ist unrichtig, wie dies namentlich seitens mancher Pharmacologen geschieht, die mit dieser Hypothese die Eisenwirkung bei Chlorose erklären, in Digestionsstörungen und speciell in Dyspepsie die Ursache der Chlorose zu sehen. Allerdings folgt auf die Chlorose häufig nervöse Dyspepsie, doch ist diese eher die Folge als Ursache der Chlorose, und die Heilung der Dyspepsie heilt keineswegs die Chlorose. Auch gibt es zahlreiche Fälle von Chlorose ohne jede dyspeptische Erscheinung. Ebenso verkehrt ist es, das Leiden von anderen antihygienischen Verhältnissen, z. B. von Mangel an frischer Luft oder an hinreichender Bewegung im Freien, von übermässiger geistiger Arbeit, psychischer Depression, Mangel an Schlaf abzuleiten, da robuste Bauernmädchen, die im Freien arbeiten, herrlich schlafen und sich geistig nicht anstrengen, nicht selten chlorotisch werden, während andere schlecht situirte Mädchen trotz der hervorgehobenen Verhältnisse nicht erkranken. Auch die Auffassung der Chlorose als vom Nervensystem abhängig verwechselt Ursache und Wirkung. Die angenommene Abhängigkeit

von Menstruationsstörungen steht mit der Thatsache im Widerspruche, dass die Katamenien bei vielen Chlorotischen völlig regelmässig sind. Die Abhängigkeit von Anomalien der Entwicklung der Sexualorgane *(Rokitansky)* oder der Gefässe *(Virchow)* ist hinfällig, weil solche keineswegs constant sind und weil es gar nicht einzusehen ist, wie eine 5—6wöchige Cur mit Eisenpräparaten derartige Organveränderungen im Sexual- und Gefässsystem beseitigen kann. Ein besonders charakteristisches Moment für Chlorose ist das fast ausschliessliche Auftreten der Chlorose beim weiblichen Geschlecht und zur Zeit der Pubertätsentwicklung. Ob es eine wirkliche Chlorose der Jünglinge, die ebenfalls zur Zeit der Pubertät auftritt, gibt, kann zweifelhaft bleiben, zumal da in derartigen Fällen die Blutveränderung nie so markirt ist und hygienische Massregeln, bessere Ernährung und Arsen bessere Dienste leisten als das für die echte Chlorose specifische Eisen. Ausserdem kommen in allen Altersperioden leicht mit Chlorose zu verwechselnde Fälle von hochgradigen anämischen Zuständen in Folge von Darmparasiten (Anchylostomum, Bothriocephalus) oder von Atrophie der Magenschleimhaut aus, ebenso Fälle der von *Laache* als einfache primäre Anämie bezeichneten Affection vor. In zwei Fällen dieser Art, bei einem 32- und einem 49jährigen Manne, bestand starke Abmagerung und das Nonnengeräusch fehlte, bei dem Einen wirkte Eisen vorzüglich, bei dem Anderen gar nicht.

Die Untersuchung der Zahl, Form und Dimensionen der Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes des Blutes ist nicht nur in diagnostischer Beziehung, sondern auch zur Controle der Behandlung von höchster Bedeutung. Bei 50 Chlorotischen des Krankenhauses Sabbatsberg fand sich der Hämoglobingehalt im Durchschnitte gleich 62·5% bei Schwankungen zwischen 45% und 85%; die Zahl der rothen Blutkörperchen war viermal normal (5·1—4·5 Mill.), in allen übrigen herabgesetzt, in 1 Falle bis 1·6 Mill., im Mittel auf 3·35 Mill. Es geht hieraus evident hervor, da die Mittelzahl der Hämoglobinsenkung einer Zahl von 1·9 Mill. normaler Blutkörperchen entspricht, dass der Hämoglobingehalt des einzelnen Blutkörperchens eine bedeutende Abnahme des Farbstoffes erfahren hat. Die Erythrocyten sind ausserdem im Allgemeinen relativ klein, und die Zahl mittelgrosser und grosser ist verhältnissmässig gering. Ausgeprägte Poikilocytose, wie sie bei perniciöser Anämie Regel ist, findet sich nur höchst ausnahmsweise (nur in 1 Falle unter 50), die Zahl der Leukocyten ist unverändert. Vergleicht man das Verhältniss mit dem bei Anämien zu beobachtenden, so haben wir nach den im Krankenhause Sabbatsberg gemachten Untersuchungen sowohl bei Phthisis als bei Nephritis parenchymatosa chronica ein geringeres Sinken des Hämoglobins im Verhältniss zu dem relativ ebenfalls geringeren Sinken der Blutkörperchenzahl. In 20 Fällen vorgeschrittener Lungentuberculose betrug die Durchschnittszahl der Erythrocyten 4·39 Mill., die niedrigste 2·4 Mill., die Hämoglobinmenge im Durchschnitt 80%, in minimo 58%; bei Nephr. chronica war der Durchschnitt der Zahl der Erythrocyten 3·7 Mill., die niedrigste 2·2 Mill., die höchste 5·8 Mill., die Hämoglobinziffer 68% (Schwankungen zwischen 40 und 90%). Sehr verschieden stellt sich auch das Verhältniss der perniciösen Anämie, wo der



Hämoglobingehalt sich constant auf einem höheren oder mindestens gleich hohen Niveau wie die Blutkörperchen hält, die Färbkraft der Blutkörperchen nicht vermindert ist und eine grosse Anzahl grösserer Erythrocyten existirt. Neben der Blutbeschaffenheit sind die Nonnengeräusche von diagnostischem Werth, insofern sie bei secundären Anämien seltener und weniger prägnant vorkommen; ihrer Abnahme während der Behandlung geht stets die Besserung der Blutbeschaffenheit parallel.

Diätetische Behandlung kann wohl Anämie, nicht aber Chlorose heilen, die stets einer Eisenbehandlung bedarf, die übrigens auch in einzelnen Formen von Anämie nicht ohne Werth ist. Dass das Eisen bei Chlorose nicht blos durch Stimulirung der Magenfunction und Beseitigung der Dyspepsie *(Cl. Bernard)* wirkt, erhellt daraus, dass auch nicht mit Dyspepsie verbundene Fälle gleich gut und rasch geheilt werden. Die *Buchheim-Bunge*'sche Theorie, dass das Eisen durch Beschränkung der Einwirkung des Schwefelwasserstoffes auf das organische Eisen der Nahrungsmittel wirke, ist nach den Versuchen von *C. Th. Mörner*, wonach die Eisenverbindungen den Fäulnissprocess im Darm nicht beschränken, hinfällig. Trotz aller Widersprüche muss an einer Resorptionswirkung der Martialia festgehalten werden. Lässt man eine directe Aneignung seitens der hämoglobinarmen Blutkörperchen als einen wesentlichen Theil der Heilwirkung zu, so weisen doch die Curven der Blutkörperchen und des Hämoglobins während einer Eisencur darauf hin, dass noch etwas Anderes hinzutritt. Denn nicht blos der Hämoglobingehalt nimmt zu, sondern auch die Zahl der Blutkörperchen, und zwar geht die Zunahme beider anfangs parallel, und erst wenn die Blutkörperchencurve nach ein paar Wochen eine gewisse Höhe erreicht hat, nähert sich die Hämoglobincurve der Erythrocytencurve oder geht selbst über diese hinaus. Zu vermuthen ist, dass das Eisen während der Passage durch den Organismus Hindernisse, die der normalen Hämoglobinbildung im Wege stehen, wegräumt. Es liegt nahe anzunehmen, dass dies in gleicher Weise geschieht, wie durch Arsen bei der perniciösen Anämie, die auch *Warfvinge* als eine acute Infectionskrankheit darstellt, bei deren Heilung Arsen dieselbe Rolle spielt wie Chinin bei Malaria und Quecksilber und Jod bei Syphilis.

Zur Heilung der Chlorose sind allerdings hinreichend grosse Dosen erforderlich; die gewöhnlichen Eisenmassen reichen dazu oft nicht aus. Aber auch bei energischer Eisenbehandlung kommen oft Recidiven bei zu frühem Aussetzen vor. Welches Eisenpräparat man gebraucht, ist ziemlich gleichgiltig. *Blaud*'sche Pillen machen alle anderen Martialia entbehrlich. Derartige Präparate, wie Eisenmanganpeptonat, nützen vorzugsweise dem Fabrikanten. Mangan ist nach *Warfvinge's* Versuchen ohne heilenden Einfluss auf Chlorose, auch Arsen ist bei genuiner Chlorose ohne Wirkung.

Th. Husemann.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

686. ***Behandlung der Trunksucht.*** *Von* ***Keely.*** *(Pharm. Ztg. 1893. 7. — Therap. Monatsh. 1894. Juni.)*

Die Patienten der Institute des Verf. sind zum kleinsten Theile solche, welche mit dem Vorsatze hinkommen, geheilt zu werden. Meist sind sie gegen ihren Willen von Verwandten dorthin gebracht worden. — Die angewandten Heilmittel bestehen aus einer Mixtur und 3 Flüssigkeiten zur subcutanen Injection. Die Mixtur hat folgende Zusammensetzung: Rp. *Auro-Natr. chlor. 0·72, Strychn. nitr. 0·06, Atropin. sulf. 0·008, Ammon. mur. 0·36, Aloin. 0·06, Hydrastin. 0·12, Glycerin. 30·0, Extr. Cinchon. comp. fl. 90·0, Extr. Cova erythrox. 30·0, Aquae dest. 30·0, Misce.* Von dieser Mixtur erhält der Patient 8mal täglich 4 Grm. Gleichzeitig kommt die folgende Lösung zur subcutanen Anwendung: Rp. *Strychnin. nitr. 0·5, Aquae dest. 120·0, Kal. permangan.* genug, um zu färben. Vier Injectionen, jede aus 5 Tropfen der obigen Lösung bestehend, werden täglich applicirt, jedoch so, dass man die ersten 4 Tage mit dieser Dosis noch 3 Tropfen nachstehender Lösung mit einspritzt: Rp. *Auro-Natr. chlor. 0·15, Aquae dest. 30·0.* In die Spritze werden zuerst 5 Tropfen der gefärbten Strychninnitratlösung eingezogen und mit 3 Tropfen dieser „Goldbichloridlösung" vermischt, woraus eine schön goldgelb gefärbte Flüssigkeit in der Spritze entsteht. Diese Manipulation hat nur den Zweck, den Patienten von der Gegenwart des Goldes zu überzeugen und so einen moralischen Eindruck hervorzurufen. Vor der Injection zeigt der Arzt dem Patienten die Spritze und macht ihn darauf aufmerksam, dass die gelbe Flüssigkeit reines Gold ist, und Patient ist überzeugt, dass das allmächtige Gold die heilbringende Wirkung ausübt. In dieser Weise wird Jeder behandelt. — Es kommt aber oft vor, dass Mancher, auch wenn schon sein Körper unter dem Einfluss des Strychnins und Atropins sich befindet und er wirklich kein Verlangen mehr nach Alkohol verspürt, sich doch dazu zwingt, Brandy oder Whisky zu trinken, um nur zu zeigen, dass die Cur bei ihm nicht wirkt. Einem solchen Patienten wird alsdann ein Glas Whisky gereicht und nachdem er es ausgetrunken, wird ihm die oben erwähnte subcutane Lösung und zu gleicher Zeit, aber ohne sein Wissen, auch 0·006 Apomorphin injicirt. Die Wirkung ist fast immer prompt. Heftiges und qualvolles Erbrechen stellt sich ein, und Patient, der diese Wirkung dem Heilmittel des Verf. zuschreibt, ist bald davon überzeugt, dass sein Magen keinen Whisky mehr vertragen kann. Er zwingt sich nicht mehr zum Trinken und wird nach der festgesetzten Zeit als geheilt entlassen.

687. ***Chronische Constipation in Folge Senkung der Flexura sigmoidea.*** *Von Dr.* ***E. F. Walsh,*** *St. Paul. (Northwestern Lancet. Vol. XIII. 16. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 26.)*

Selbst nach wiederholten Einläufen bei chronischer Verstopfung fand der Verf. bei der Digitaluntersuchung, dass im oberen Theile des Rectums feste, harte Kothballen in grosser Menge angesammelt waren, selbst dann, wenn die Einläufe Stuhlmassen zur Entleerung

gebracht hatten. Die Ursache lag darin, dass die Flexura sigmoidea, die normalerweise ein eigenes, ziemlich langes Mesenterium besitzt, heruntergesunken war und winkelig das Rectum abknickte. In allen Fällen von andauernder Verstopfung sei deshalb eine Untersuchung des Rectum durchaus nothwendig. am besten sei es, wenn man gleich von vornherein ein Mastdarmspeculum anwende. Gegen diese Verstopfung, welche auf diesen einfachen, mechanischen Verhinderungen beruhe, bewähren sich am zweckmässigsten Einläufe von Olivenöl mit schwefelsaurer Magnesia, ein- oder zweimal den Tag. welche man mit einem Darmrohre einzubringen habe. Wenn in dieser Weise der Darm gereinigt sei, so müsse man hinterher antiseptische Auswaschungen, aus Jodoform oder Borsalbe bestehend, vornehmen, weil allemal nach Entfernung der harten Kothmassen die Darmwand in einem Zustande der Hyperästhesie oder gar mit oberflächlicher Geschwürsbildung behaftet anzutreffen wäre. Wenn die Hyperästhesie sehr gross sei, könne man der localen Anwendung des Morphium nicht entbehren. Für die Allgemeinbehandlung empfehle sich die Anwendung der Elektricität und zweckmässige Ernährung.

688. ***Eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz und mit normalem Augenhintergrund; Exstirpation.*** *Von P. K. Pel. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 5. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 20.)*

Ein 46jähriges Dienstmädchen erkrankt mit Schwäche des rechten Armes und bald darauf des rechten Beines; dazu tritt Abnahme des Gedächtnisses und weinerliche Gemüthsstimmung. Nach einem typischen Anfall *Jackson*'scher Epilepsie mit rechtsseitigen Zuckungen treten Sprachstörungen auf, die Lähmung des rechten Armes nimmt zu, auch Facialis und Hypoglossus sind rechts leicht paretisch. Dagegen ist Sensibilität und Muskelgefühl allerseits vollkommen normal. Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen treten während des ganzen Krankheitsverlaufes niemals auf. Der Augenhintergrund ist stets normal. keine Andeutung von Stauungspapille. Die Diagnose wird nach Ausschluss der übrigen in Frage kommenden Erkrankungen auf einen Tumor in der Gegend der linken Centralwindungen gestellt, trotzdem das Fehlen jeden Kopfschmerzes und der Stauungspupille dagegen zu sprechen scheint. Die Operation ergab thatsächlich beim Eingehen auf das Armcentrum einen unter der Dura gelegenen kastaniengrossen Tumor, der sich leicht entfernen liess, da er mit dem Gehirn nirgends zusammenhing. Derselbe ist ein gutartiges, von grossen Lymphräumen durchsetztes Fibrom, von der Pia mater ausgegangen. Die Patientin starb bald nach der Operation. Der Fall ist auch deshalb interessant, weil er zeigt, dass Motilität einerseits, Muskelsinn und Sensibilität andererseits in ihren Localisationen im Gehirn getrennt sind, da bei dem starken Druck des Tumors auf die Centralwindungen das Erhaltensein der letzteren Functionen sonst nicht zu erklären wäre.

689. ***Ueber perverse Sexualempfindung.*** *Von Dr. Gioli, Frankfurt a. M. (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 50. Bd., 5. Heft. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 53.)*

Im Gegensatz zu *Magnan*, *Krafft-Ebing* und vielen Anderen, welche die sexuellen Perversitäten bis in die kleinsten Einzelheiten



für angeboren halten, führt Verf. sie auf eine allgemeinere Grundlage zurück. Er hält sie für den Ausdruck einer erblich degenerativen Geistesstörung, bei der die Associationen mangeln, d. h. einer Imbecillität. Es fehlt die Beeinflussung des Handelns durch die Hemmungs- und Nebenvorstellungen, und so entstehen die abnormen Handlungen, welche zur Annahme krankhafter Triebe geführt haben. Bei diesen Kranken nun, bei denen eine Menge von aussen hereingebrachter Eindrücke fehlen, haben die Organempfindungen, die dem normalen Menschen gar nicht zum Bewusstsein kommen, die Oberhand, es entsteht die Neurasthenie, wenn die psychisch-associative Schwäche mehr das sensorielle Gebiet betrifft, das der Hysterie, indem die Organempfindungen einen grossen Einfluss auf die Bewegungen gewinnen. Bei der grossen Menge der den Sexualtheilen zukommenden Organgefühle ist es nun begreiflich, wie die Kranken früh zu Betastungen und dann zur Onanie kommen. Da zu der frühen Zeit, wo Onanie schon getrieben wird, gewöhnlich die Momente, die das Weib als Object des Geschlechtsgenusses darstellen, noch nicht vorhanden sind, so bleibt es zufälligen Umständen überlassen, sich mit dem Geschlechtsreiz zu associiren, daher Päderastie u. s w. Rufen die onanistischen Manipulationen einen Schmerz hervor, so kann das weiterhin zu Masochismus und Sadismus führen.

690. ***Vorstellung eines Falles von schwerer, nach zweijähriger Dauer fast geheilter multipler Neuritis nebst Bemerkungen über Verlauf, Prognose und Therapie dieser Erkrankung.*** *Von* ***E. Leyden.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1894. 19 u. 20.)*

Die nach acuten Krankheiten auftretenden neuritischen Lähmungen können, zum Theil wenigstens, durch eine sorgfältige Beaufsichtigung der Reconvalescenz vermieden werden, durch geeignete Ernährung der Reconvalescenten und Vermeidung des zu frühen Aufstehens, beziehungsweise der allzu grossen Muskelanstrengungen. Die ätiologische Therapie kann sich in einzelnen Fällen auf Vermeidung der Ursachen erstrecken. Dies betrifft besonders die alkoholische Lähmung: bei Bleilähmung wie bei Diabetes wird die diabetische Behandlung auch für die Neuritis von Wichtigkeit sein. Specifica zur Behandlung der Neuritis besitzen wir nicht. Die medicamentöse Behandlung der multiplen Neuritis spielt keine grosse Rolle. Salicylsäure (respective salicylsaures Natron) hat keinen besonderen Erfolg. Ebenso ist die Anwendung von Jodkali nur ab und zu von Erfolg begleitet. Nicht zu umgehen sind die schmerzstillenden Mittel Antipyrin, Phenacetin, Methylenblau. Bei noch heftigeren Schmerzen ist Morphium, Chloral, Sulfonal etc. nicht zu entbehren. Gelegentliche Indicationen, wie z. B. Stomachica, Analeptica, Roborantia, können nach allgemeinen ärztlichen Principien in Anwendung gezogen werden. Einreibungen und Bäder sind eine willkommene Unterstützung der Behandlung, indessen können sie einen wesentlichen Einfluss auf den Krankheitsprocess nicht ausüben. Die Bäder greifen in schweren Fällen den Patienten häufig sehr an, sie sind im Allgemeinen in der späteren Periode der Krankheit mehr indicirt. Strychnin dürfte in den Fällen progressiver Polyneuritis anzurathen sein, wo der Process



auf die Athmungsmusculatur, respective die Medulla oblongata fortzuschreiten droht; in diesem Stadium ist selbst die Anwendung der Elektricität nicht ohne Bedenken, das Strychnin dagegen entspricht gerade hier allen Indicationen. Die Anwendung des Strychnin geschieht am besten subcutan, 1—2—3 Mgrm. 2mal täglich. Solution zur subcutanen Injection 0·05 : 10·0 (höchste Dosis: 0·01 pro dosi, 0·02 pro die). Die hygienisch-diätetische Behandlung. Ruhe, und zwar Bettruhe, ist im ersten noch fortschreitenden Stadium unentbehrlich, um den Fortschritt der Krankheit möglichst aufzuhalten. Die Ruhe soll jedoch nicht übertrieben werden. Durch dauernde Unthätigkeit steigert sich nicht allein die Erregungslosigkeit, Atrophie und Degeneration der gelähmten Muskeln, sondern auch die noch gesunden, respective fast gesunden Muskeln büssen an Energie und Ernährung ein, sie werden so schwach, dass sie wie gelähmt erscheinen. Auch die Ernährung ist von grösster Bedeutung und die psychische Behandlung ist bei dieser Krankheit ebenfalls sehr wichtig. In nicht wenigen Fällen genügen obige Proceduren. Während dessen macht der geschonte Muskel und Nerv seinen typischen Process durch. Nachdem die acute Schädlichkeit am Nerven eliminirt ist, besorgt der Naturheilprocess das Uebrige, es tritt Regeneration ein mit allmäliger Herstellung der Function, nach 1—3 Monaten kommt es zur Heilung. In anderen, schwereren Fällen genügt die angegebene Behandlung nicht. Die Elektrotherapie (als Elektrodiagnostik) ist ein unentbehrliches Glied in der Behandlung der multiplen Neuritis, nothwendig, um die richtige Therapie daran anzuschliessen. Wenn die Wiederherstellung der Function nicht durch den Naturheilprocess allein erfolgt, so stehen als hauptsächlichste Mittel, um die Regeneration der degenerirten Nerven und Muskeln zu fördern, die elektrische und die mechanische Behandlung im Vordergrunde. Das Strychnin gehört zu denjenigen Mitteln, welche durch Reizung der Reflexthätigkeit die Erregbarkeit des motorischen Nerven erhöhen, es ist also wohl geeignet, wieder Leben in die degenerirten Partien hineinzubringen, nur in beschränktem Masse. Der positive Theil der guten Wirkungen einer Massagecur beruht wesentlich darauf, dass sie gleichzeitig mit Bewegungen in Anwendung kommt; passive und active Bewegungen werden mit ihr verbunden (Widerstandsbewegungen). Der Effect dieser Bewegungen fällt sowohl in den Fällen von Lähmungen, wie auch bei Gelenkaffectionen mehr in die Wagschale, als das Kneten an sich. Der elektrische Strom und besonders der constante Strom, richtig applicirt, ist im Stande, die Degeneration erkrankter Nerven (sowohl motorischer, wie sensibler Nerven) aufzuhalten, ihre Regeneration anzuregen und damit die Herstellung zu befördern. Ein grosses Hinderniss für die Anwendung der Elektricität besteht in der grossen Schmerzhaftigkeit bei Application des elektrischen Stromes. Unter solchen Umständen bleibt nur noch die Mechanotherapie, und zwar die gymnastische Uebung, zur Erreichung des therapeutischen Zweckes übrig.



Neuere Arzneimittel.

691. ***Ueber den Gebrauch von Tizzoni-Cattani's Tetanusantitoxin.*** *Von E. Merck.*

Nachdem die Wirkung des Tetanusantitoxin von *Tizzoni* und *Cattani* in Bologna gegen Tetanus von namhaften Chirurgen in zahlreichen Fällen bestätigt wurde, hat Verf. in Darmstadt den Verkauf des von den genannten Forschern dargestellten Heilserums übernommen und es ist somit jedem Arzte Gelegenheit geboten, das Mittel anzuwenden. Als Norm für den Gebrauch diene Folgendes: Das fragliche Antitoxin stellt ein vollkommen aseptisches, antitetanisches Serum in eingetrocknetem Zustande dar, das sich, vor Feuchtigkeit geschützt, ohne Zersetzung aufbewahren lässt. Demgemäss soll das Fläschchen, welches das Antitoxin enthält, erst dann geöffnet werden, wenn die Injectionsflüssigkeit bereitet wird. Als Lösungsmittel diene destillirtes Wasser, das man einige Minuten aufkochen und dann abkühlen lässt. Man löse 1 Gwth. des getrockneten Serums in 10 Gwth. Wasser. Das Tetanusantitoxin soll in subcutanen Injectionen zur Anwendung gelangen. Für die Injectionen benützt man eine grössere, 5—10 Cm. fassende *Pravaz*-Spritze; man kann an jeder Stelle des Körpers injiciren, doch gibt man der Bauchwand und der inneren Fläche des Oberschenkels den Vorzug. Die Instrumente und Utensilien, welche zur Herstellung der Lösungen, sowie zur Einspritzung gebraucht werden, müssen vor dem Gebrauch durch Hitze (Kochen, Erwärmen am Alkohollämpchen) und nicht mittelst chemischer Desinfectionsstoffe aseptisch gemacht werden, da die letzteren das Antitoxin verändern könnten. Es ist jedoch nöthig, die durch Hitze sterilisirten Objecte erkalten zu lassen, bevor man sie mit dem Antitoxin in Berührung bringt, weil sich dieses bei höherer Temperatur zersetzt. Die Heilung des Tetanus durch das Antitoxin ist um so sicherer und schneller zu erlangen, je schwächer und weniger ausgedehnt die tetanischen Symptome beim Beginne der Cur sind. Die Behandlung soll daher so bald als möglich in Angriff genommen werden. Die einzuspritzenden Mengen des Antitoxins schwanken je nach der Schwere des Falles und dem Zeitpunkte, an dem die Behandlung vorgenommen werden kann. Wird bei erwachsenen Kranken die Behandlung gleich nach dem Eintritt der tetanischen Symptome begonnen und lassen die bereits vorhandenen Symptome keinen aussergewöhnlich schweren Fall voraussehen, so ist als Anfangsdosis die eine Hälfte des Inhaltes eines Fläschchens zu injiciren; die andere Hälfte wird in vier Dosen abgetheilt, welche während der folgenden Tage applicirt werden, und zwar, indem man dieselben, nach Massgabe der durch die ersteren Dosen auf die tetanischen Symptome erzielten Wirkung, mehr oder weniger rasch auf einander folgen lässt. Lassen dagegen, die rapide Ausbreitung der tetanischen Symptome, sowie das Vorherrschen und die Intensität der bulbären Phänomene auf einen äusserst schweren Fall schliessen, oder kann die Behandlung erst einige Tage nach dem Eintreten der Krankheit begonnen werden, so muss die ganze Menge des in dem Fläschchen enthaltenen Antitoxins zur ersten

Injection benutzt werden — der Inhalt eines zweiten Flacons wird dann zu den folgenden Injectionen verwendet, welche je nach den schon erhaltenen Resultaten mehr oder weniger rasch auf einander folgen sollen. Wenn in Folge der Ausbreitung und des besonderen Zustandes der Wunde angenommen werden muss, dass die absorbirte Menge des Tetanusgiftes bedeutend ist. — namentlich aber, wenn man nichts gethan hat oder nichts thun konnte, um eine Zerstörung oder die Desinfection des Infectionsherdes zu erzielen — dann ist, selbst wenn die Behandlung schon gleich zu Anfang der Krankheit eingeleitet wurde und selbst bei Abwesenheit beängstigender Symptome, die Krankheit als sehr schwer anzusehen und ist mittelst der Maximaldosen des antitoxischen Serums zu bekämpfen. Es wird darauf hingewiesen, dass das antitetanische Serum, selbst in grösseren Dosen, ohne die geringste Gefahr für den Patienten angewendet werden kann. Bei Kindern, auch bei Neugeborenen, beobachte man dieselben Regeln wie bei Erwachsenen, doch ist in diesem Falle die Injectionsdosis um mindestens die Hälfte zu vermindern.

Der Gebrauch des Antitoxins schliesst die Anwendung anderer Medicamente, welche geeignet sind, vorhandene Symptome zu bekämpfen (Hypnotica). nicht aus; ebensowenig entbindet er den Chirurgen davon. die Tetanus Wunde, falls sie noch nicht vernarbt ist. im vollkommen desinficirten Zustande zu erhalten, und eventuell an der Wunde alle Operationen vorzunehmen, die nach den Regeln der allgemeinen Chirurgie geboten erscheinen Das Tetanusheilserum wird aus dem Blut von Pferden und Hunden gewonnen. Seine immunisirende Kraft wird an Kaninchen bestimmt, und zwar unter Zugrundelegung von Infectionen oder Tetanus-Intoxicationen. welche Controlthiere binnen 4 – 5 Tagen tödten. Die in jedem Fläschchen enthaltene Menge von trockenem Serum ist seinem Immunisirungswerth umgekehrt proportional und immer weit grösser als jene, welche nach den Versuchen an Thieren als die für den Menschen curative Minimaldosis zu betrachten ist.

692. ***Ueber die Behandlung des Rhinoskleroms mit „Rhinosclerin“.*** *Von Prof. Dr.* ***Pawlowsky****, Kiew. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 13 u. 14. — Deutsche med. Zeitg. 1894. 55.)*

Das Rhinosclerom ist ein chronisches. infectiöses Granulom. bedingt durch die *Fritsch*'schen Bacillen. Bekanntlich sind für das Rhinosclerom charakteristisch der äusserst langsame Verlauf des Leidens, und die ungewöhnliche Derbheit des Infiltrates. Es ist ferner eine unheilbare Krankheit, welche langsam, aber stetig fortschreitet; sie geht von der Nasenschleimhaut auf die Scheidewand. auf die Oberlippe. auf den harten und weichen Gaumen, auf den Schlund und Kehlkopf über. Alle therapeutischen Versuche, die Krankheit zu heilen, sind bis jetzt erfolglos geblieben. Vor zwei Jahren hat nun Verf. zwei an Rhinosclerom leidende Patientinnen mit chemischen Extracten aus Reinculturen von Rhinosclerombacillen behandelt und kann jetzt, nachdem er die Kranken und deren Schicksal nahezu zwei Jahre lang beobachtet hat, Näheres über die gewonnenen Resultate mittheilen. Verf. benutzte zu den subcutanen Injectionen einen wässerigen Glycerinalkoholauszug des *Fritsch*'schen Bacillus. Die Resultate der Behandlung



im ersten Falle waren folgende: Verschwinden (vielleicht auch nur zeitweiser Stillstand) in der Entwicklung der diffusen Rhinoscleromininfiltrate in den Nasenflügeln und in der Nasenscheidewand und Ersatz derselben durch feste Narben. Verkleinerung der Nase. Keine Verbreitung des Rhinoscleroms auf die Nachbarschaft. keine Bildung neuer Knoten auf der Lippe oder Nase, auf dem harten oder weichen Gaumen und Schlund, d. h. Immunität. Unempfänglichkeit der dem Rhinosclerom benachbarten Gewebe und somit ein Aufhalten, eine Beschränkung des Processes und des Fortschrittes der Krankheit. Resultat im zweiten Falle: Recidive und Rhinoscleromknoten sind in der Nase und auf der Schleimhaut nicht vorhanden, während bei Beginn der Behandlung die ganze Nase mit Rhinoscleromknoten angefüllt war. deren Ränder aus derselben hervorragten, während auf der Oberlippe ein diffuser derber Knoten befindlich war. Dieser letztere war weicher und lockerer geworden. Eine weitere Verbreitung des Processes auf die Nachbarschaft ist nicht zu constatiren; neue Knoten sind nicht vorhanden, d. h. die benachbarten Gewebe sind immunisirt. Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt Verf. behaupten zu können, dass im Rhinosclerin Substanzen enthalten sind. durch welche eine Reihe von durch das *Koch*'sche Tuberculin hervorgerufenen analogen Erscheinungen bedingt wird, jedoch sind die Symptome leichter. Die allgemeinen Erscheinungen sind charakterisirt durch Temperaturerhöhung, Beschleunigung der Respirations- und Pulsfrequenz, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Uebelkeiten, Schüttelfrost, also Erscheinungen seitens des Gefäss- und Nervensystems, welche sehr vielen Toxinen zukommen. Nach Verf.'s Ueberzeugung steht unzweifelhaft fest. dass die progrediente Entwicklung dieser schrecklichen und unheilbaren Krankheit bei seinen beiden Patientinnen fast zwei Jahre lang unter dem Einfluss des Rhinosclerins keine Fortschritte gemacht hat, dass also die benachbarten Gewebe immun gemacht worden sind.

693. ***Ueber Darmdesinfection und ihren Einfluss auf den Verlauf des Ileotyphus.*** *Von Dr. A. Hiller, Breslau. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXV. Heft 3. u. 4. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 29.)*

Verf. hat sich ein eigenes Desinficiens, das „Enterokresol", eine klare Lösung von Kresolen und Seifen in einem fetten Oel. welche mit Wasser eine Emulsion bildet und die Nachtheile der gewöhnlichen Darmdesinficientien nicht besitzt und nach der von *A. Gärtner* in Jena ausgeführten bacteriologischen Prüfung das gewöhnliche Kresol an Desinfectionswerth übertrifft, hergestellt und damit Versuche an Gesunden, bei leichten Darmcatarrhen und bei Typhus gemacht. Die Dosen waren 6—12 Gelatinekapseln à 0·1 Kresol enthaltend; Intoxicationserscheinungen wurden nicht beobachtet. Bei den leichten Darmcatarrhen wurden die Beschwerden beseitigt. — Von den gelegentlich einer Typhusepidemie von Dr. *H. Kölsch* in Neustadt a. d. Haardt (Rheinpfalz) mit Enterokresol in denselben Dosen gemachten Erfahrungen wird die Abfieberung nach 18 Tagen und das Auftreten von starken Remissionen bei Darreichung von 12 Kapseln täglich bei frühzeitig beginnender Behandlung erwähnt; bei später zur Enterokresolbehandlung kommenden werden ebenfalls starke Remissionen auf diese Medi-



cation bezogen. Bei einem Typhusnachschub trat trotz der Enterokresolbehandlung der Exitus letalis ein. Bei sehr schweren Typhen empfiehlt Verf. auch Nachts 2—3 Mal 4 Kapseln Enterokresol ausser den am Tage gereichten 12 zu geben.

694. ***Hämostatische Wirkung des Oleum terebinthinae.*** *Von Dr. Sasso. (Sem. méd. 1894. 35. — Wiener med. Wochenschrift. 1894. 29.)*

Verf. konnte sich in einigen Fällen von der günstigen blutstillenden Wirkung des Terpentinöles überzeugen und empfiehlt das sonst harmlose Mittel in entsprechenden Fällen zur Anwendung. Die bei Hämophilen nach Zahnextractionen auftretenden, oft sehr starken Blutungen konnten gestillt werden, wenn ein mit einem rectificirten Terpentinöl getränkter Tampon in die Alveole eingelegt wurde. Die Zahnfleischblutungen bei Scorbut stehen, wenn alle Stunden das Oel an den lädirten Stellen eingepinselt wird. Daneben wurde es auch intern in kleinen Dosen verabreicht. Prompten Erfolg hatte die interne Darreichung von Oleum terebinthinae bei einer allen anderen Mitteln Widerstand leistenden Blasenblutung, nachdem stündlich ein Esslöffel einer 0·5%igen Mixtur gereicht wurde.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

695. ***Beitrag zur Kenntniss von der Haltbarkeit der Mineralwässer.*** *Von Prof. E. Ludwig. (Pharm. Post. 1894.)*

Die zahlreichen Mineralwasser-Analysen, welche Verf. im Laufe der letzten drei Decennien vorgenommen hat, boten ihm reichlich Gelegenheit, Erfahrungen über die Haltbarkeit verschiedener Mineralwässer in verkorkten Flaschen zu sammeln. Jedermann, der sich mit derlei Beobachtungen beschäftigt hat, weiss, wie intensiv sich viele Mineralwässer verändern, wenn sie reich an gelösten organischen Substanzen sind, und wenn bei der Füllung und Verkorkung der Flaschen nicht die grösste Sorgfalt verwendet wurde, ist die Verkorkung nicht absolut dicht, so entweicht Kohlensäure und es scheiden sich Eisenoxydhydrat und die Carbonate der alkalischen Erden ab, enthält das Wasser grössere Mengen von gelösten organischen Substanzen und zugleich Sulfate, so findet Reduction der letzteren zu Sulfid und secundär die Bildung von Schwefeleisen statt, das sich als schwarzer Niederschlag abscheidet. Im Gegensatze zu solchen Vorgängen hat Verf. jedoch oft erfahren, dass reine, an organischen Substanzen arme Mineralwässer, welche in sorgfältig gereinigte Flaschen gefüllt wurden, die man mit guten Korken dicht verstopfte, selbst nach mehrjähriger Aufbewahrung im Keller ihre ursprüngliche Zusammensetzung behielten und auch durch den Geschmack keine Veränderung wahrnehmen liessen. Dass sich ein Mineralwasser von guter Beschaffenheit bei sorgfältiger Füllung und Verkorkung der Flaschen selbst unter den ungünstigsten äusseren Bedingungen, nämlich bei höherer Temperatur und fortwährendem Schütteln, dennoch lange Zeit unverändert erhalten kann, hat Verf. durch die Untersuchung von

zwei Proben des Säuerlings der Giesshübler König Otto-Quelle constatiren können, deren eine er Herrn Dr. *Svoboda*, Gemeindearzt in Pisino, verdankt, welcher als Schiffsarzt auf S. M. Corvette „Aurora“ die grosse Reise mitmachte, die von 1886—1888 dauerte. Er brachte von dem mitgenommenen Vorrathe an „Giesshübler“ einige Flaschen zurück. Die zweite Probe war auf S. M. Torpedo-Rammkreuzer „Kaiserin Elisabeth“ während der Weltreise Sr. kaiserl. und königl. Hoheit des Herrn Erzherzogs Franz Ferdinand von Oesterreich-Este, die vom 14. December 1892 bis 19. December 1893 dauerte, verschifft. Die drei Flaschen „Giesshübler“, welche Herr Dr. *Svoboda* zur Untersuchung überliess, unterschieden sich bezüglich Füllung, Verkorkung, Verpackung und ihrer ganzen Adjustirung in nichts von den im Handel vorkommenden, mit Giesshübler gefüllten Flaschen; dieselben hatten zweimal den Aequator passirt und etwa ein Jahr beständig in den Tropen zugebracht. Bei näherer Besichtigung der Flaschen konnte an jeder derselben ein sehr geringer, an der Flaschenwand festhaftender Bodensatz beobachtet werden, und zwar an jener Stelle, die sich beim Liegen der Flaschen zu unterst befand. Durch das Entleeren und darauffolgende Ausspülen der Flaschen mit destillirtem Wasser wurde dieser festhaftende Bodensatz nicht entfernt; er liess sich leicht durch verdünnte Salzsäure auflösen. Die qualitative Analyse der geringen Menge dieses Bodensatzes ergab als Bestandtheile: Eisenoxyd (vorwiegend) und Spuren von kohlensaurem Kalk, kohlensaurer Magnesia und Kieselsäure. Beim Entkorken der Flasche entwickelten sich reichlich Kohlensäurebläschen, das Wasser zeigte nicht die Spur eines fremden Geruches, es war ganz klar und schmeckte so angenehm, wie das frisch gefüllte Wasser. Dies wurde auch durch die Resultate der quantitativen Analyse des vollständig klaren Wassers bestätigt. Auch das Giesshübler Wasser, welches während eines Jahres die Weltreise auf S. M. Torpedo-Rammkreuzer „Kaiserin Elisabeth“ mitgemacht hatte, verhielt sich in seinem Aussehen genau so, wie das von Herrn Dr. *Svoboda* überlassene. Berücksichtigt man, dass die untersuchten Wasserproben nicht anders gefüllt waren, als das im Handel vorkommende Giesshübler Wasser, und dass dieselben unter den denkbar ungünstigsten Bedingungen, nämlich bei verhältnissmässig hohen Temperaturen unter fortwährendem Schütteln während eines, respective zweier Jahre auf dem Schiffe zubrachten, so muss das Resultat als ein alle Erwartungen übertreffendes bezeichnet werden. Wohl hat Verf. wiederholt beobachtet, dass reine Mineralwässer bei sorgfältiger Füllung und Verkorkung sich jahrelang bei ruhigem Liegen in kühlen Räumen sehr gut erhalten, dass aber ein Mineralwasser eine zweijährige Schiffsreise in den Tropen gut vertragen werde, konnte man kaum voraussetzen. *Loebisch.*

696. ***Zur mechanischen Behandlung der Hautwassersucht.*** *Von Prof. **H. Curschmann**, Leipzig. (Therap. Monatsh. 1894. 3. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 40.)*

Verf. hält die Hautdrainage für die beste Methode zur Beseitigung erheblicher Oedeme. Er bedient sich zu diesem Zwecke seit Langem eines auf dem Querschnitt ovalen Troicars von 6 Cm. Länge und $^1/_2$ Cm. Breite. Die federnd aufsitzende Canüle hat an



ihrem vorderen Ende eine Anzahl seitlicher Oeffnungen, welche den Abfluss des Serums befördern. Nachdem der Troicar am besten in der Unterbauchgegend oder am Oberschenkel, in das Unterhautzellengewebe eingestochen und das Stilet entfernt worden, wird die Canüle mit einem langen Gummischlauch verbunden, der mit sterilisirter Kochsalzlösung gefüllt ist und dessen anderes Ende in ein zum Theil ebenfalls mit dieser gefülltes tief stehendes Gefäss taucht. Sofort beginnt nun ein ununterbrochener Ausfluss von Oedemflüssigkeit und es können so oft enorme Massen entleert werden. So flossen bei einem Nephritiker, bei dem alle Diuretica schliesslich versagten, innerhalb 14 Tagen 19—20 Liter Oedemflüssigkeit ab. Am 10. Tage nach der Punction wurde dem Kranken wieder Digitalis gegeben, und zwar in der vor der Operation ganz unwirksamen Form und Dosis, und schon nach 24 Stunden begann eine so rapide Steigerung der Diurese, dass mehr als 5000 Ccm. Urin in 24 Stunden entleert wurden. Auch nachdem nach Verbrauch von 2 Grm. Digitalis (in Pillenform) das Mittel ausgesetzt wurde, dauerte die vermehrte Harnausscheidung fort, und zwar wurden täglich 3000—4500 Ccm. entleert. Im Ganzen verlor der Kranke hierdurch 25 Kgrm. an Gewicht, das Eiweiss verschwand bis auf Spuren, ebenso die Beimischung von Cylindern, so dass die Nephritis zur Zeit der Demonstration des Kranken als fast geheilt angesehen werden konnte, nach Verf.'s Ueberzeugung hauptsächlich in Folge der eingeleiteten Hautdrainage.

Aber die Drainage ist nicht immer anwendbar; in einer beschränkten Zahl von Anasarcafällen, namentlich solchen, wo die Haut wenig gespannt ist und sehr viel an ihrer Elasticität eingebüsst hat, entleeren sich aus den Canülen nicht genügende Serummengen. Hier wird man zur Schnittmethode gedrängt, d. h. man macht einen oder mehrere längere bis in das Unterhautzellgewebe dringende Hautschnitte, aus denen dann genügende Mengen Serum abfliessen. Da es aber sehr schwer ist, bei dieser Methode die antiseptische Behandlung aufrecht zu erhalten, so hat Verf. einen kleinen Apparat construirt, welcher diese Hautwunde von der äusseren Luft abschliesst und es ermöglicht, sie aseptisch zu erhalten.

Der kleine Apparat stellt ein schröpfkopfartiges Instrument dar, welches, an seiner Kuppel seitlich angebracht (um Abknickung des Schlauches zu vermeiden), das für den Ansatz des Ausflussschlauches bestimmte Röhrchen trägt. Der auf die Haut aufzusetzende offene Theil ist mit einem für die Befestigung auf der Haut nöthigen 0·5—0·7 Cm. breiten Rand versehen. Die Kuppel des Apparates (mit dem ihr aufsitzenden Ausflussrohr) ist aus Hartgummi gearbeitet, von der der Haut aufsitzenden, aus Glas hergestellten Partie abnehmbar und zugleich wieder durch einen ganz einfachen Bajonettverschluss auf derselben luftdicht zu befestigen. Die Anwendung geschieht in folgender Weise: Zunächst natürlich gründliche Antiseptik, dann Aufsetzen des Instrumentes auf die unverletzte, noch trockene Haut, sorgfältige Befestigung durch Heftpflaster oder Watte und Jodoformcollodium. Wenn nun das Aufkitten vollendet, besonders der Collodiumverband gut getrocknet ist, Abnehmen der Kuppel, Einschneiden der einge-



schlossenen Hautstelle, Wiederaufsetzen der Kapsel, luftdichte Befestigung durch den Bajonettverschluss. Anlegen des vorher mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllten Schlauches und Einleitung in ein tief gestelltes, mit gleicher Lösung zum Theil gefülltes Glas. Vor Allem wird das Instrument leicht und dauernd haften, weil es auf die Haut aufgekittet wird, bevor dieselbe eingeschnitten und benetzt wird. Ferner kann der obere, den Schlauch tragende Theil spielend leicht abgenommen werden, was nöthig wird, wenn sich die Wunde durch ausgetrocknetes Serum oder Blut verschliesst und der Ausfluss aufhört, bis diese Gerinnsel wieder entfernt sind. Schliesslich bedingt das Instrument, wenn es geschlossen ist, völligen Abschluss der Wunde gegen die äussere Luft und bildet zusammen mit dem Schlauch eine treffliche Aspirationsvorrichtung.

697. ***Behandlung des Empyems der Pleura mit Perrigation des Thorax.*** *Von Dr.* ***Michael****, Hamburg. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 41. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 15.)*

Verf. übte bei kindlichem Empyem, wo der elende Zustand des Patienten eine Chloroformnarcose und Schnittoperation nicht gestattet und wo die einfache Punction durch die sich anschliessende rasche Druckerniedrigung im Thorax den plötzlichen Tod der fast in extremis befindlichen Kranken verursachen konnte, folgende Methode mit vorzüglichem Erfolg: Eine vorn eingestossene Canüle wird mit Kork verstopft. Eine zweite Canüle wird hinten in der Höhe der 5. Rippe circa 3 Finger nach aussen von der Wirbelsäule eingeführt und durch Schlauch mit einem mit Chlorwasser gefüllten Irrigateur verbunden. Dann wird vorn dem Eiter Abfluss gewährt. Sobald die Intercostalräume einzusinken beginnen, was eine Druckverminderung im Thorax anzeigt, wird der Irrigateur gehoben, so dass hinten ebenso viel ein-, als vorne ausfliesst. Diese Procedur wird circa 20 Minuten fortgesetzt, bis vorne nur noch wenig getrübtes Chlorwasser sich entleert. Beide Canülen werden dann verkorkt und um den nun mit Chlorwasser gefüllten Thorax ein Watteverband gelegt. Nach 2 und 5 Tagen: Wiederholung des Verfahrens. Zum Schluss wird statt Chlorwasser Jodtinctur (15 Tropfen auf ein Liter gekochtes Wasser) verwendet. Dann wird die Rückencanüle und 2 Tage später auch die vordere entfernt. Rasche Heilung (innerhalb 15 Tagen). Das Wesentliche der beachtenswerthen Methode ist: Ersatz der Empyemflüssigkeit durch eine harmlose Flüssigkeit (wie Kochsalzlösung) oder durch eine antiseptische Lösung (Chlorwasser etc.) oder durch eine „direct heilende", wie die schon früher vielfach empfohlene Jodlösung.

698. ***Todesfälle nach Quecksilberbehandlung.*** *Von Dr.* ***G. Lewin****. Vortrag im Verein für innere Medicin zu Berlin. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 26.)*

Von den physiologischen Wirkungen des Quecksilbers erwähnt Verf. die auf das Herz; in kleinen Dosen wirke Hg tonisirend, erhöhe den Blutdruck, vermehre die Zahl der rothen Blutkörperchen; das Gewicht nehme zu. In grösseren Dosen wird das Herz geschwächt, der Blutdruck vermindert, die Circulation verlangsamt, der O allmälig aufgezehrt und eine Reduction des Hämoglobin herbeigeführt. Blutungen und eine diphtheritische Necrose mit letalem



Ausgang können eintreten. Andere Erscheinungen spielen sich in der Nase ab. Das Hg löst den Kalk aus dem Knochen auf. Kalk wird bekanntlich aus der Niere abgeführt. Der vermehrte Kalk ruft eine Reizung in den Rindencanälchen hervor; auch direct wirkt Hg auf die Niere — Die Hg-Vergiftungen sind von grösserer Wichtigkeit und kommen öfter vor, als man allgemein annimmt. Sogar Schornsteinfeger sind bei Reinigung von Schornsteinen bei Goldschmieden an Hydrargyrose erkrankt! Auch die ärztlichen Thermometer sind nicht ganz unschuldig; werde ein solcher zerbrochen, so sei das Hg aus der Wohnung auf keine Weise herauszubringen und so mancher unerklärliche Krankheitsfall sei wohl hieraus zu erklären. — Der Stomatitis sei eigenthümlich, dass sie von langer Dauer sei und ganz unerwartet eintrete; dasselbe gelte von der Enteritis. Ferner erwähnt Verf. die Nephritis, Embolien und Pneumonien. Alle diese Complicationen kommen mitten während der Cur vor und es sei klar, dass der Kranke hier mehr benachtheiligt wird, wenn eine plötzliche Unterbrechung der Schmiercur als der subcutanen Einverleibung eintritt.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

699. ***Ueber operative Eingriffe wegen Anuria calculosa.*** *Von **Demons** et **Pousson**. (Annal. des malad. des org. gén.-urin. 1894. 2. — Centralbl. f. Chir. 1894. 20.)*

Die Verff. haben in der Literatur 15 Fälle vorgefunden, in denen wegen Anuria calculosa operativ eingegriffen wurde. Diesen Fällen reihen sie 3 eigene, interessante Beobachtungen an. Von den 18 Operirten starben 6; die Operationsresultate werden aber jedenfalls besser werden, wenn die Indicationen zum operativen Eingreifen genauer gestellt werden können. Da es klinisch nur in den seltensten Fällen gelingt, den Sitz des verstopfenden Concrements genau zu bestimmen und direct auf das letztere vorzugehen, so kommt es zunächst darauf an, dem Urin oberhalb des Hindernisses einen Abflussweg nach aussen zu verschaffen. Dies geschieht am sichersten durch die Nephrotomie, indem man die Niere an ihrem convexen Rande einschneidet und bis in's Becken spaltet. Da das den Abflussweg des Urins verlegende Concrement meist an der Abgangsstelle des Harnleiters vom Nierenbecken oder im obersten Theile des Harnleiters steckt, so kann man dasselbe eventuell von der Nephrotomiewunde aus extrahiren oder durch retrograden Katheterismus des Harnleiters zurückstossen oder endlich vorsichtig vom Nierenbecken aus in die Blase vordrücken. Führt man bei der calculösen Anurie die Nephrotomie nicht zu spät aus, so erhält man auch bei fortbestehender Verstopfung des Harnleiters die Niere ihrer Function.

700. ***Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittelst intrauteriner Kolpeuryse.*** *Von Dr. **A. Dührssen**. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 19. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 24.)*

Durch die combinirte Wendung nach *Braxton Hicks* ist die Sterblichkeit der Mütter bei Placenta praevia bedeutend herabge



setzt worden, die Mortalität der Kinder beträgt dagegen 60%. Verf. hat in sechs Fällen von Placenta praevia die intrauterine Kolpeuryse angewandt, alle Mütter genasen, 5 Kinder kamen lebend zur Welt. Die Blutung wurde durch das angewandte Verfahren prompt gestillt. Es wird die Blase gesprengt und der Kolpeurynter in die eröffnete Eihöhle eingeführt. Am Kolpeurynter wird ein permanenter selbstthätiger Zug angebracht, dadurch, dass der Schlauch durch eine am Bettende angebrachte Schlinge hindurchgezogen wird. Der Kolpeurynter wurde mit 1 Liter Wasser gefüllt und spontan ausgestossen. Ihm folgte die Geburt des Kindes. In 2 Fällen wurde an die Ausstossung des Kolpeurynters die Wendung und Extraction des Kindes angeschlossen. Treten als Folge des eingelegten Kolpeurynters keine Wehen ein, so muss man möglichst lange warten (10—14 Stunden) und erst dann den Kolpeurynter manuell extrahiren. Die Hauptschwierigkeit in der Technik der intrauterinen Kolpeuryse besteht in der Blasensprengung. Am besten nimmt man dieselbe mit einer Kugel- oder Kornzange vor. Mit letzterer wird auch der Kolpeurynter über den inneren Muttermund geschoben. Die Füllung des Kolpeurynters geschieht aus einem Irrigator mit einer abgemessenen Menge Wasser — $^1/_2$ Liter. Der Zug am Kolpeurynterschlauch hat möglichst nach abwärts zu geschehen; am besten wird das Becken durch einige untergeschobene feste Polster erhöht. Dass der Kolpeurynter spontan durch den Muttermund durchgetrieben wird, erkennt man an dem stärkeren Mitpressen der Kreissenden und weiter durch die innere Untersuchung. Bei Placenta praevia empfiehlt es sich. den in die Scheide getriebenen Kolpeurynter sofort zu extrahiren; blutet es dann nicht, ist der vorliegende Theil in das Becken getrieben, so wartet man ruhig ab — blutet es dagegen, so nehme man die innere Wendung und Extraction vor. Die langsame Extraction des Kolpeurynters darf nicht am Schlauch, sondern muss am Kolpeurynter selbst vorgenommen werden, da im ersteren Falle der Schlauch abreissen würde. Die intrauterine Kolpeuryse ohne Beihilfe von Wehen bringt die Cervix nicht zum Verstreichen. sondern treibt sie nur auseinander. Es bleibt also vielfach ein weicher Muttermundsaum bestehen, der durch eine etwa nothwendige Extraction des Kindes einen Einriss erleiden kann. Diese Einrisse reichen jedoch höchstens bis an den Scheidenansatz. da der erweiterte Muttermundsaum keinen grossen Widerstand bietet. Die Extraction des Kolpeurynters erzeugt kleine Sprünge der Cervixschleimhaut.

701. ***Definitive Heilung der Unterschenkelbrüche mit verzögerter Callusbildung durch portative Verbände.*** *Von Dr.* ***Schilling,*** *Querfurt. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 52.)*

Neuerdings nimmt unter den Chirurgen das Bestreben zu, bei Fracturen die Patienten nach wenigen Tagen der Ruhe, bis die Schwellung abgenommen hat, möglichst bald die Gliedmassen bewegen zu lassen, ohne wochenlange Ruhe und starre Verbände, welche Atrophie der Musculatur und Gelenksteifigkeit begünstigen, zu verwenden. Bei einer im letzten Jahre beobachteten Unterschenkelfractur, deren Fragmente noch nach einem Vierteljahr so beweglich waren wie zu Anfang, brachte das Gehverfahren allein



Consolidation, während die alte Lagerungs- und Fixationsmethode im Stich gelassen hatte und den Patienten auf das Aeusserste schädigte. Bekanntlich heilen die einfachen Unterschenkelfracturen Erwachsener in der kurzen Zeit von 6—8 Wochen, wenn keine Störung den Heilungsprocess unterbricht. So war es bei einem im October vorigen Jahres vom Boden gefallenen Handwerker (60 J.). Aber nicht blos die Fracturenden blieben trotz 13 Wochen lang angelegten Gypsverbandes, Bestreichens mit Jodtinctur und wiederholter Friction beweglich, sondern der ganze Unterschenkel magerte bis zum Skelet ab und Sprung- und Kniegelenke wurden steif und starr. Auch die Hand-, Ellenbogen- und Schultergelenke wurden steif. Wie war dem Patienten zu helfen? *Tillmanns* empfiehlt in seiner speciellen Chirurgie bei langsamer Callusbildung, den Patienten in einem abnehmbaren Kapselverband herumgehen zu lassen, um durch Reizung der Fracturstellen die Callusbildung zu beschleunigen. Verf. selbst hatte vor 14 Jahren gelegentlich eines Unterschenkelbruches, den sich ein Mädchen durch einen Schlag einer Kuh links im oberen Drittel zuzog, ohne dass in 7 Wochen Consolidation eintrat, bemerkt, wie unter dem dringenden Wunsch der Herrschaft, dass das Mädchen endlich wieder gehen sollte und in der That trotz grösster Schmerzen ging, in vier Wochen, wenn auch mit Verschiebung, Heilung eintrat. Diese Beobachtung und die heute vorwiegenden Anschauungen bestärkten den Verf., da der Patient eine Klinik behufs Anfrischung und Naht der Fragmente nicht aufsuchen wollte, einen portativen Wasserglasverband anzulegen und am dritten Tage nach genügender Erhärtung mit Gehversuchen zu beginnen. Zwei Personen, welche die Achsel und Arme stützten, führten den Muthlosen täglich, anfangs einmal einige Schritte, später 2—3mal umher und brachten ihn dann wieder in das Bett. Das Herabhängen der Schenkel und jeder Schritt verursachten in den ersten Tagen arge Schmerzen und starke Schwellung des Fusses und der ganzen Kniegegend. Nach 14 Tagen nahm er den etwas gelockerten Verband ab und legte einen neuen an, benutzte aber, wie bisher immer, gewöhnliche Zeugwatte, da die Wundwatte, wie *Thiem* mit Recht sagt, sich leicht zusammenballt und schlecht als Unterlage polstert. Nach weiteren zwei Wochen zerlegte Verf. nach *Dollinger* den Wasserglasverband, der inzwischen einmal durch neue Bindentouren verstärkt war, in zwei Hälften, so dass eine vordere, das Dorsum pedis und die Tibia deckende, und eine hintere, die Wade und Fusssohle umfassende Schiene entstand. Dadurch wurde es möglich, die Bruchstelle täglich zu besichtigen, die Musculatur zu massiren und die Gelenke durch passive Bewegungen locker zu machen. Zur Befestigung der Schiene bei dem Gehen diente eine gut umgelegte Calicobinde; in der Nacht genügte eine Schienenhälfte mit der Binde. Jetzt musste ausserdem der Patient zwei Krücken, welche die Achsel stützten und gut gepolstert waren, da der empfindliche Mann keinen argen Druck vertrug, benutzen und im Zimmer wenige Schritte allein auf- und abgehen.

Die Massage war über der Wade und am Schienbein zuerst sehr empfindlich. Nach Verlauf weiterer drei Wochen waren Schulter- und Handgelenk so weit gelockert, dass Patient wieder



allein essen konnte. Kräftige Nahrung. In der 9. Woche ging Patient allein durch die Stube und Küche, nur die Treppe des Hausflurs hinabzusteigen, war er ausser Stande. In den darauffolgenden Wochen wurde eine Krücke mit einem Gehstock vertauscht und alsdann Gehversuche um den Tisch herum, unter kräftigem Ausschreiten mit dem kranken Schenkel ohne Stützen, angestellt. Da der Schenkel 4—5 Cm. verkürzt war, so bekam Patient jetzt einen gut gepolsterten Schnürschuh mit weicher Einlage für die Schienbeinkanten, breitem hohen Absatz und hoher Sohle, aber von geringem Gewicht. Mit der 15. Woche ging er die Stufen der Treppe noch langsam hinab, legte aber schon einen viertelstundenlangen Weg in das Feld zurück, wobei er wie gewöhnlich den Gehstock benutzte. Immerhin war das Heilungsresultat ein ganz vorzügliches. In 15 Wochen war der Unterschenkel solide geheilt. An der Verkürzung liess sich nichts mehr ändern.

702. ***Ueber symmetrisches Auftreten von Lipomen.*** *Von Dr.* ***A. Koettnitz.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 38. Heft 1. — Wiener klin. Wochenschr. 1894. 27.)*

Zwei ebenso merkwürdige als seltene Fälle. Im ersten Falle handelt es sich um eine 27jährige Frau, welche ihre Periode verliert; an Stelle derselben treten periodische Schmerzattaquen mit Eruption symmetrisch gelegener Lipome auf, die in erster Linie den Vorderarm, in zweiter Oberarm, Brust, Bauch, Oberschenkel, Hals occupiren; dabei zeigt sich die rechte Seite durch die Grösse der Tumoren bevorzugt. Vorzeitige Menopause und Obesitas werden beide nicht gar so selten angetroffen. Aber ganz frühzeitiges Klimakterium mit Eruption symmetrischer Lipome und concomittirenden Schmerzen zur Zeit der sonst eintretenden Menses ist wohl ein Unicum. Im zweiten Falle liegt eine Neurose vor, die auf ein schweres spinales Leiden hinzudeuten scheint. Mit derselben treten an den Fuss- und Kniegelenken Lipome in symmetrischer Anordnung und an den Vorderarmen eine merkwürdige Fettablagerung, ebenfalls in symmetrischer Form, auf, also an Stellen, die nichts weniger als Prädilectionsstellen von Fettgeschwülsten sind. In beiden Fällen waren prädisponirende Momente, wie Erblichkeit, Alkoholismus, auszuschliessen, dagegen haben Beide nach eigener Angabe viel Sorgen und Kummer zu überstehen gehabt. Fall II war ausserdem seit der Verheiratung nervös alterirt: Migräne mit heftigen Brechanfällen hatten seit Langem bestanden. In der Literatur finden sich noch einige Fälle, wo ebenfalls rheumatoïde Schmerzen und nervöse Affectionen als Begleiterscheinungen symmetrischer Lipome angegeben werden. In zwei Fällen ist ein schweres centrales Leiden als Complication vermerkt: Tabes, allgemeine Paralyse. Verf. glaubt für ähnliche Fälle einen trophoneurotischen Ursprung der Geschwulstbildung annehmen zu sollen.

703. ***Ueber die disponirten Ursachen des traumatischen Harnfiebers (Febris urethralis).*** *Von Prof. Dr.* ***J. Englisch.*** *(Allg. Wiener med. Ztg. 1894. 39. — Centralbl. f. Chirurg. 1894. 28.)*

Die Fieberzufälle bei den Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane müssen zunächst in jene unterschieden werden,



welche die acuten Erkrankungen derselben begleiten, und jene, welche auf instrumentelle Eingriffe folgen. Letztere bilden die Gruppen, die man mit dem Namen des traumatischen Harnfiebers bezeichnet. Die Umstände, unter denen diese Fieberzufälle besonders leicht auftreten, lassen sich in folgende Unterabtheilungen bringen: 1. Organische Erkrankungen der Harnorgane, und zwar theils solche, die als Begleiterscheinungen anderer Krankheiten auftreten, theils solche, welche von den Harnorganen selbst ausgehen. 2. Secretionsanomalien. Hierher gehören die Hyperurie, die Oxalurie, die Veränderung der Harnsäureausscheidung, wie sie unter der Form der Pyelitis erscheint, und der Diabetes mellitus. 3. Dyscrasien, und zwar namentlich Tuberculose, seltener Syphilis. 4. Geänderte Blutbeschaffenheit, insbesondere die Maleria. 5. Störungen der Innervation. 6. Alkoholismus. „Da die Disposition zum traumatischen Harnfieber in den gegebenen Erkrankungen liegt, so ist sowohl bei der Wahl der Instrumente, bei der Wahl der Methode und bei der Gewaltanwendung stets auf die gegebenen Dispositionen Rücksicht zu nehmen, und sind diese Umstände durch eine genaue Anamnese, sowie objective Untersuchung des Kranken mit Berücksichtigung aller Organsysteme und ihrer coordinirten Bedeutung genau zu erforschen. Je stärker die Disposition, um so zarter muss die Instrumentalbehandlung sein."

Laryngologie, Otiatrik und Ophthalmologie.

704. ***Ueber den Gebrauch von Pilocarpin bei Ohrenleiden.*** *Von* ***G. Metcalfe.*** *(Therap. Gaz. 1893. — Therap. Blätter. 1894.)*

Pilocarpin wird bei Ohrerkrankungen hypodermatisch und local angewendet, indem man es durch die *Eustach*'sche Tube in das Mittelohr eingeführt. Subcutan verabreicht man 0·02 Grm. täglich noch 14 Tage lang nach Verschwinden der Erscheinungen. Es ist rathsam, mit 0·006 Grm. anzufangen und rasch auf 0·02 Grm. anzusteigen. Nach der Injection bleibt der Patient warm eingehüllt im Bette. Bei localer Application wird durch den Tubencatheter eine Dosis von 6 Tropfen einer 1 : 40 Lösung des Mittels eingespritzt und mit dem Ballon eingeblasen. *Politzer* präcisirt die Indicationen und Contraindicationen. Es ist von Nutzen bei frischen, syphilitischen oder nicht syphilitischen Labyrinthaffectionen: in Fällen von hochgradiger Taubheit, selten bei Otitis media acuta, wo das Cavum tympani verhärtetes Exsudat, welches der Resorption widersteht, enthält. Bei Panotitis in Folge von Syphilis oder einer anderen Infectionskrankheit. *Politzer* wendet locale Injectionen von 6—8 Tropfen einer 2%igen Lösung an. Solche Injectionen sind von Vortheil bei Catarrh mit Schwellung und Secretion der Schleimhäute des Mittelohres. Contraindicationen sind chronische progressive Sclerosis und chronischer Mittelohrcatarrh. In alten Syphilisfällen, in Fällen, welche von Schädelbrüchen oder von Meningitis herrührten, sah Verf. nie die leiseste Besserung bei Anwendung des Mittels. Bei chronischem Mittelohrcatarrh tritt öfters eine kleine Besserung von kurzer Dauer ein. Bei combinirten Mittelohr-Laby-



rintherkrankungen sind bei gleichzeitiger Anwendung von localer und subcutaner Pilocarpinapplication die Besserungen der localen Wirkung zuzuschreiben. Pilocarpinlösung im Meatus audit. extern. bei Erkrankungen des Meatus und Trommelfelles applicirt, wirkt öfters gut. Bei Verabreichung per os sieht man gar keinen Erfolg. Leider sind die Pilocarpinpräparate von sehr verschiedener Wirksamkeit. Verf. hat oft gefunden, dass, während ein Präparat in der Dosis von 0·006 Grm. starkes Schwitzen verursacht, ein anderes bei denselben Personen in der Dosis von 0·02 Grm. keine Wirkung erzielt.

705. ***Intralaryngeale Therapie.*** *Von G. Sharp. (Lancet. 1894. April 14. — Centralbl. f. innere Med, 1894. 28.)*

Verf. empfiehlt gegen fötide Bronchitis und bei Bronchiectasien, sypmptomatisch auch bei Phthisis pulmonum intralaryngeale Injectionen zu machen, um jene Folgezustände der Bronchiectasien zu beseitigen, die durch reichliche, zur Zersetzung neigende Secretanhäufungen, durch irritirenden Hustenreiz und Resorption putrider Stoffe bedingt werden. Unangenehme Zufälle sah er bei dieser Applicationsform nicht. Er räth, das gebogene Ansatzstück der Spritze ohne Hilfe des Laryngoskops während einer tiefen Inspiration durch die Glottis zu führen, womöglich von der Seite her mit Vermeidung des empfindlichen oberen Epiglottisrandes. Als Vehikel dienen Olivenöl oder das sich nicht so leicht zersetzende Paraffin. Von Mitteln benutzte er Kreosot oder Guajakol 2%, Menthol und Thymol 5—10%, Salol 5%, Ac. salicylicum 2%, Ac. carbolicum 1%, mit besonderer Vorliebe auch die Combination von Guajakol 2% und Menthol 10%. Die Dosis war 2mal täglich 1—2 Spritzen à 3·75 Grm. Gegen lästigen Husten bei Lungentuberculose bewährt sich Menthol 10%.

706. ***Die interne Massage bei Nasen- und Rachenkrankheiten.*** *Von Dr. W. Freudenthal, New-York. (Nach einem am 24. Mai 1893 vor der New York Academy of Medicine gehaltenen Vortrage. — Monatsschr. f. Ohrenkh. 1894. 6.)*

Der physiologische Effect der Massage ist die Regulirung der localen Circulation des Blutes und indirect die Resorption von normalen und pathologischen Gewebsflüssigkeiten. Die von *Mich. Braun* in die Rhinologie eingeführte manuelle Vibrationsmassage wurde bisher in mehreren nur durch lange Uebung zu erlernenden Methoden ausgeführt Von den zu diesem Zwecke construirten Instrumenten befriedigte keines die gestellten Ansprüche. Verf. stellte sich nun ein nach dem Modelle von *Spiro* verfertigtes Instrument her, welches durch Elektricität getrieben wird und nach dem Principe des in der Zahnheilkunde zum Eintreiben der Füllungen in die Zahnhöhlen benutzten „electric mallet" construirt ist. Der durch die Vibration hervorgebrachte Ton entspricht dem tiefsten Tone der Bratsche und macht in der Secunde 132 Schwingungen. Anfangs massirt Verf. nur 10 Secunden bis 1 Minute; treten Niesoder Würgbewegungen auf, so wird die Sonde sofort entfernt. Später wird die Zeit verlängert und möglichst alle Theile der Nase und des Rachens vibrirt. Daneben wurde meist nur 5%, selten 10% Cocainlösung angewendet. Die aus dem übrigen Apparate entfernbare Sonde wird vor und nach dem Gebrauche

desinficirt. Die experimenti causa behandelten 10 Fälle acuter Coryza bluteten stärker, ein Vorzug vor anderen Methoden ergab sich nicht. Gleich *Reibmayr* hält Verf. die Massage bei allen parasitären und Infectionskrankheiten für contraindicirt. Desgleichen bei solchen chronischen Hypertrophien, wo Galvanokaustik nur kleine Narben setzen würde. Wo aber zu erwarten ist, dass umfangreiche Vernarbung und damit Vernichtung der physiologischen Function der Schleimhaut Folge der galvanokaustischen Behandlung sein wird, hat die Vibrationsmassage an deren Stelle zu treten. Auch atrophische Processe werden durch die Massage gebessert. Die anscheinend paradoxe Behauptung, dass Hypertrophien und Atrophien durch dasselbe Heilverfahren gebessert werden können, erklärt Verf. damit, dass in die Venen- und Lymphbahnen während der Massage und kurz darauf mehr Inhalt passirt, also auch mehr arterielles Blut nachfolgt und die Ernährung gehoben wird.

707. ***Accessoriuskrampf mit Stimmbandbetheiligung.*** *Von Professor* ***C. Gerhardt.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1894. 10. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 23.)*

Der 62jährige Patient wurde wegen Emphysem und Bronchialcatarrh aufgenommen. Er war vor Jahren bei einem Baue verschüttet worden, hatte eine Verletzung am rechten Arm davongetragen und soll seitdem mit Zittern des Kopfes behaftet sein. Die rechte Schulter steht höher als die linke, der Kopf steht schief, mit dem rechten Ohr der Schulter genähert, das Kinn vorgestreckt, nach links und oben gewendet. Der rechte Kopfnicker und der obere Theil des rechten M. cucullaris springen vor, fühlen sich hart an. Fortwährende Schüttelbewegungen des Kopfes, bei Erregung gesteigert. Mit dem Spiegel sieht man den Kehldeckel schiefstehend, nach links gewendet. Die Stimmbänder an der Stelle der Stimmfortsätze etwas verdickt und geröthet, machen ausgiebige Bewegungen. Bei gewöhnlicher Athmung macht das rechte Stimmband viel grössere Excursionen als das linke, und zwar erfolgt die inspiratorische Abduction in mehreren kurz abgesetzten zuckenden Bewegungen. Legt man die Fingerspitzen auf den unteren Theil des Schildknorpels, so fühlt man rechts eine zuckende Bewegung. Der rechte hintere Gaumenbogen steht etwas höher und der hinteren Rachenwand etwas ferner als der linke. Die Spitze der Uvula ist etwas mehr nach der rechten Seite gekrümmt. Stellung und Bewegung des Kopfes wie auch des Gaumens und Stimmbandes weisen in diesem Falle auf eine Mischform von tonischem und klonischem Accessoriuskrampfe hin.

708. ***Die Vibration als Art von Massage in der Ophthalmologie.*** *Von Prof.* ***A. N. Maklakow.*** *(Chirurgitscheskaja Lejtopissj. Bd. III. Heft 6. — Russisch-med. Literaturbeilage zur Petersburger med. Wochenschr. 1894. 6.)*

Verf. hat Versuche mit der *Edison*'schen Feder angestellt und ist von den Resultaten äusserst befriedigt. Die Feder ist ursprünglich dazu bestimmt, auf Papier eine Reihe dicht gestellter feinster Löcher zu stechen, so dass man beim Schreiben punktirte Linien erhält, die Farbe durchlassen und ein leichtes Copiren und Vervielfältigen des Geschriebenen ermöglichen. Die Feder ist ein



kleiner Elektromotor, der einen mit feiner Nadel endigenden Zeiger in Bewegung setzt. Diese Bewegung ist ganz gleichmässig, die Stösse folgen in gleichen Intervallen, die Amplitude beträgt $^1/_3$ Mm., kann aber durch eine geeignete Vorrichtung geändert werden. Die Zahl der Stösse beträgt 9000 in der Minute. Zuerst hat Verf. die Feder zum Tätowiren von Hornhautleukomen benutzt. Er rühmt die Sicherheit, mit der man zeichnen kann, die Schmerzlosigkeit und Schnelligkeit des Verfahrens gegenüber den sonst üblichen. Am Anfang der Stichelung treten kleine Blutungen auf, die aber nicht stören. Die Schmerzlosigkeit erklärte sich Verf. dadurch, dass das Auge durch die vielen kleinen, schnell auf einander folgenden Stösse der Nadel tetanisirt wird. Indem er diese Idee weiter verfolgte, kam er dazu, den Apparat zu Tetanisirungs-, respective Massageversuchen zu benutzen.

An Stelle der Nadel wurden an die Feder andere Ansätze gemacht (erbsengrosse Elfenbeinkugel, Metallplättchen und dergl.) und das Auge entweder unmittelbar oder vermittelst eines kleinen Plessimeters, des Fingers, eines mit Wasser gefüllten Kautschukballons etc. „tetanisirt". Die Resultate waren überraschend und eigenartig. Das Auge wird nicht nur ganz gleichmässig in allen Theilen erschüttert, sondern pflanzt die Erschütterung weiter fort, so dass auf der Stirn, in der Fossa canina etc. Vibration gefühlt wird. Lässt man den „Tetanisator" am Limbus corneae einwirken, so beobachtet man sofort eine bedeutende Erweiterung der Krypten der Iris, stärkere Füllung der Gefässe des Circulus iridis minor, Hyperämie der Conjunctiva, punktförmige Extravasate an der Berührungsstelle. Die Flüssigkeit in der vorderen Kammer kommt in starke Bewegung, wie man bei pathologischen Beimengungen (Eiter, Blut, Linsenmassen) sehen kann, und wird schnell von den Lymphräumen aufgenommen. In Folge dessen sinkt schon sehr schnell (nach circa 1 Minute) der intraoculäre Druck, was mit dem Ophthalmotonometer nachgewiesen werden kann. Diese Wirkung ist dauernd, tritt aber nur ein, wenn vorher der Druck normal oder erhöht war. Pathologisch verringerter Druck wird auf kurze Zeit durch das Tetanisiren erhöht. Den Einfluss des Tetanisirens auf die intraoculäre Blutcirculation hat Verf. noch nicht genau festgestellt, doch lässt sich mit Sicherheit behaupten, dass die Gefässe der Sehnervenpapille früher zu pulsiren beginnen, als bei anhaltendem Fingerdruck auf den Bulbus. — Sehr günstige Resultate hat Verf. vom Tetanisiren bei verschiedenen Augenkrankheiten gesehen. So bei Iritis simplex, Cyclitis, Scleritis und Episcleritis, Keratitis parenchymatosa, Hypopyonkeratitis, traumatischer Cataract, Trachom (die Trachomkörner werden mit einem reibeisenartigen Metallplättchen bearbeitet). Ueberall werden die Schmerzen schnell gemildert, die pathologischen Exsudate schnell zum Verschwinden gebracht, der Krankheitsprocess meist sehr bedeutend abgekürzt.

709. ***Submembranöse Localbehandlung der sichtbaren Rachendiphtherie.*** *Von Prof.* ***Seibert,*** *New-York. (Therap. Monatsh. 1894. Juni. — Med. Neuigkeit. 1894. 29.)*

Verf. injicirt mittelst Spritze und mehreren von ihm construirten spitzen Hohlnadeln, welche, an einer Metallplatte be-



festigt, in die diphtheritischen Membranen eingestochen werden, 1—2mal täglich je 2—6 Spritzen voll 0·4% frisches Chlorwasser. In dieser Weise wurden theils vom Verf., theils von anderen Aerzten 189 Fälle von Diphtherie (Löfflerbacillen in allen nachgewiesen) und 22 Fälle von Scharlachnecrose behandelt, im Alter von 1—35 Jahren (meist über 5 Jahre); es starben von den bis 1891 aufgezeichneten 85 Fällen 7·5%, von den anderen 104 nur 6 (von den Scharlachkranken starb nur 1 Fall, während die amtliche Mortalitätsziffer der Stadt New-York 38·9% war). Die Anzahl der zu machenden Einspritzungen richtet sich theils nach der Ausdehnung des Belages, theils nach dem Schwinden der Allgemeinerscheinungen (Fieber, Kopfschmerz und Appetitlosigkeit); letztere schwinden, sobald es gelungen, die Diphtheriecultur zu zerstören, oft schon nach 1—3 Stunden; als erstes Zeichen des Erfolges stellt sich meist Appetit ein. Ohne jede Wirkung blieb die Behandlung nur in 2 Fällen, in 87 von 94 Fällen trat dieselbe innerhalb 24 Stunden ein, 64 heilten binnen 4 Tagen nach Einleitung der Behandlung ab. Ausser den Einspritzungen werden $^1/_4$stündliche Gurgelungen (respective Schlucken) von $^1/_2$—1 Theelöffel voll, in der Zeit von 6 Uhr Morgens bis 12 Uhr Nachts angewandt von: Rp. *Tinct. Jodi 2·0, Kal. jodati 1·0, Acid. carbol. gtts. X, Aquae destill. 120·0.* MDS. $^1/_4$stündl. $^1/_2$—1 Theelöffel voll zum Gurgeln.

Dermatologie und Syphilis.

710. ***Beiträge zur abortiven Behandlung der Urethritis gonorrhoica.*** *Von Dr. Hugo Feleki. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 13. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 53.)*

Verf. hat bei 13 Fällen von Tripper, die er in Behandlung nahm, als entzündliche Erscheinungen noch kaum bemerkbar waren (nur spärliche, schleimig-seröse Secretion), in einer Zeit von durchschnittlich 9 Tagen Heilung erzielt. Mit einer 5% Argentum nitricum-Lösung wird, nachdem der Patient urinirt hat, unter Leitung eines möglichst grosskalibrigen Endoskops, das etwas tiefer einzuführen ist, als die Schleimhaut afficirt erscheint, die Schleimhaut mit einem (auch möglichst grossen) Wattetampon gründlich und gleichmässig gepinselt, so dass auch die Lösung in die Falten der Schleimhaut hineingelangt; dabei muss die Pinselung mit dem Auge controlirt werden. Die Schmerzen, die das Verfahren verursacht, sind nicht bedeutend und dauern meist nur 10—15 Minuten an, so dass eine vorherige Anästhesirung der Schleimhaut mit Cocaïn schon deshalb, wie auch aus anderen Gründen, nicht vorgenommen wurde. Die unmittelbare Folge dieser Therapie ist 1—2 Tage anhaltender Schmerz beim Harnlassen (Harnstrahl am ersten Tage ein wenig dünner), dann Nachlassen der Secretion, die nicht in profuse Eiterung überzugehen pflegt, Abnahme der Entzündungserscheinungen; innerlich wird Salol gereicht, Injectionen werden meist nicht verordnet. Bei geringer Secretion genügt eine einmalige Pinselung, sonst wird diese auch nach 2—3 Tagen in etwas milderer Weise wiederholt; nur in 2 Fällen war eine drei-



malige Pinselung nöthig. Gonococcen, die im Beginn der Behandlung fast immer nachzuweisen waren, waren meist einige Tage nach der Pinselung verschwunden. Das Princip, diese abortive Behandlung nur bei noch minimalen entzündlichen Erscheinungen einzuleiten, ist streng festzuhalten. Die Anwendung des Urethroskops statt der Spritze hat den Vorzug, dass die Diagnose der frischen Gonorrhoe mit grösserer Sicherheit gestellt werden kann, indem man so Recrudescenzen älterer Processe und andere Erkrankungen, wie Geschwüre in der Schleimhaut, ausschliessen kann.

711. ***Ueber frühzeitige Quecksilberbehandlung der Syphilis.*** *Von **Jullien**. Aus der Sitzung der Académie de médecine, 20. Mai 1894. (Münchner med. Wochenschr. 1894. 25.)*

Verf. findet, dass die frühzeitige energische Quecksilberbehandlung, sobald die Diagnose des Schankers gestellt sei, noch viel zu wenig geübt werde, und empfiehlt besonders die subcutane Injection von Calomel (1 Grm. auf 10 Grm. Vaselin für 10 Injectionen). Jede Injection wird unter strengster Antisepsis möglichst in die Tiefe in die Glutaei (4—5 Cm. ausserhalb des Kreuzbeins) gemacht und alle 14 Tage erneuert. Die Behandlung verhindert die Entwicklung des Schankers und verursacht ein späteres (nach 2—4 Monaten) und milderes Auftreten der Secundärerscheinungen; beginnt man jedoch erst 2—3 Wochen nach der Entwicklung des Schankers, so ist diese glückliche Modification nicht zu bemerken. Was Späterscheinungen betrifft, so bleiben auf diese Weise behandelte Patienten nach der bisherigen vierjährigen Erfahrung ganz davon verschont. Die Behandlung muss 5—6 Monate dauern, die Dosis eine individuell verschiedene sein und die Injectionen sollen späterhin nur alle 20—25 Tage gemacht werden. Verf. schliesst aus diesen seinen Beobachtungen, dass es ein schlimmer Grundsatz wäre, die Entwicklung des Primäraffectes abzuwarten, bis das Gift den ganzen Organismus durchdrungen, und tritt warm für die sogenannte Abortivbehandlung ein.

712. ***Ueber Pemphigus vegetans nebst diagnostischen Bemerkungen über die anderen mit Syphilis verwechselten, blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der äusseren Haut.*** *Von Prof. **H. Köbner**. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 53. — Berl. klin. Wochenschr. 1894. 28.)*

Verf. gibt in Hinsicht auf die so häufige Verwechslung blasenbildender Krankheiten der Haut und Schleimhäute mit syphilitischen Affectionen eine Uebersicht über die in Betracht kommenden Erkrankungen: Aphthen, Maul- und Klauenseuche („infectiöse oder epizootische Stomatitis"), die verschiedenen Herpesformen der Genitalien, der Mundhöhle und des Rachens, die Dermatitis herpetiformis Duhring („Hydroa pruriginosa"), Impetigo herpetiformis, die Arzneiexantheme, den Pemphigus vulgaris, als gemeinsame Merkmale dieser einzeln kurz skizzirten Phlyctänosen gegenüber den correlaten syphilitischen Affectionen gibt Verf. kurz an: 1. ihren oberflächlichen intraepithelialen oder subepidermoidalen Sitz, 2. keine oder nur vereinzelte Narben, 3. die Beschaffenheit des aus weisslichen, leicht abwischbaren Epithelmembranen bestehenden oder fibrinösen Belags und die Entzündung der Ränder, 4. den häufigen Wechsel des Sitzes, 5. den Mangel der Polymorphie, wie



bei den Syphiliden, 6. die Art der Entstehung, 7. der Verlauf des Processes, 8. das Fehlen multipler, sclerosirender Drüsenschwellungen. Verf. schildert ferner drei von ihm beobachtete Fälle von Pemphigus vegetans, einer seltenen Krankheit, die fast stets zum grossen Schaden der Patienten mit Syphilis verwechselt wird. Gemeinsam ist den Fällen: Beginn der Erkrankung an der Mund- und Rachenschleimhaut, erst viel später Blasenbildungen am Körper, aus deren Basis besonders an den gegenseitigen Contactflächen der Haut 5—6 Tage nach dem Bersten der Blasen Erhebungen entstehen, die bald gruppirte, breite condylomenähnliche Wucherungen darstellen. Der Process breitet sich theilweise durch Nachbarinfection aus; Impfungen oder Uebertragungen auf Gesunde sind aber nicht beobachtet. Einen von ihm gesuchten Infectionserreger, der wahrscheinlich bacterieller Natur ist, konnte Verf. nicht finden; doch hält er jedenfalls eine Art von Intoxication für zu Grunde liegend nach Analogie einzelner blasiger „Toxidermien" mit folgender Wärzchenwucherung nach Jodkaliumgebrauch. Die inconstanten pathologischen Befunde am Nervensystem scheinen nur secundäre Erscheinungen zu sein. Diagnostisch ist speciell gegenüber breiten Condylomen hervorzuheben: 1. Schnelligkeit der Entstehung, 2. lebhaftes Jucken, 3. Blasenwall oder Epidermiskragen in der Peripherie, 4. Epidermisdefecte an den Wucherungen, 5. der weitere Verlauf, 6. die schädliche Wirkung antiluetischer Mittel. Auch der histologische Befund erscheint ausreichend, um die Wucherungen des Pemphigus vegetans gegenüber Condylomata lata zu differenciren. Therapeutisch erwies sich nur in einem — dem ersten regionär verlaufenen — Falle die Entfernung der Wucherungen nebst Thermocauterisation und Pinselung mit Tinct. Jodi als heilsam, die anderen generalisirten Fälle verliefen tödtlich — wie sämmtliche bisherigen Fälle mit Ausnahme eines einzigen — trotz Auslöffelung und ausgiebiger Anwendung der von Unna als „Specificum" gerühmten Tinct. Jodi.

713. ***Drei schwere Fälle von Syphilis.*** *Von Prof.* ***G. Lewin.*** *(Vortrag in d. dermat. Vereinigung zu Berlin 1894. 10. Juli. — Deutsche med. Ztg. 1894. 60.)*

Verf. stellt eine Kranke vor, die wegen Lues 6 intravenöse Einspritzungen von 0·003—0·006 Sublimat erhalten hatte. Die Injectionen wurden ausgesetzt, da die Venen nicht mehr intact zu sein schienen. Kurze Zeit nach Sistirung der Therapie entwickelte sich ein gummöser Knoten in der Haut des Unterschenkels. Verf. wird mit der Anwendung der von *Baccelli* empfohlenen intravenösen Injectionen trotz dieses zweifellosen Misserfolges fortfahren, da er in anderen Fällen ermuthigendere Resultate gehabt hat. Auch bei einem von Verf. vorgestellten etwa 30 Jahre alten, an schwerer tertiärer Syphilis leidenden jungen Manne soll jetzt die intravenöse Sublimatinjection versucht werden. Der Kranke litt relativ kurze Zeit nach der Infection 1890 an Geschwüren, die nach einer Jodkalicur heilten. Gegen ein Recidiv erwies sich Sassaparilla erfolgreich. Wegen verschiedener Neuausbrüche der Syphilis machte der Patient mehrere Schmiercuren durch, wurde auch einmal in Aachen sehr energisch behandelt. 1894 suchte er die Charité wieder auf. Er litt an einer grossen Zahl gummöser



Ulcerationen der Haut des Körpers, sowie des Gesichts und der behaarten Kopfhaut. Sehr ausgeprägt war die Cocardenform. Bei derselben entsteht zunächst eine Pustel, um dieselbe bildet sich eine kreisförmige geschwürige Zone, um welche wieder Pusteln, die sich theilweise in Geschwüre umwandeln, concentrisch aufschiessen. Bei Jodkali-Therapie schien völlige Heilung eintreten zu wollen, als plötzlich ein Gumma der Uvula auftrat, das schnell wuchs und zur Abstossung der ganzen Uvula und eines grossen Theils des weichen Gaumens Veranlassung gab. Syrupus ferri jodati bewirkte einen Stillstand des progredienten Processes, konnte aber nicht ein neues Gumma der Kopfhaut verhindern. Die intravenöse Injection soll jetzt als ultima ratio versucht werden. Verf. stellt ferner ein 16jähriges Mädchen vor, das viel an scrophulösen Drüsen gelitten hatte. Sechs Wochen, nachdem sie wegen Lues eine Schmiercur durchgemacht hatte, erkrankte sie an einer Iritis gummosa. Es hat sich nun bei ihr ein seltenes syphilitisches Exanthem ausgebildet, das theilweise an Acne necrotica, theilweise an Psoriasis vulgaris erinnert. Vielleicht handelt es sich um eine ungewöhnliche Mischform von Scrophulose und Syphilis.

714. ***Ueber die sogenannten Karunkeln der weiblichen Harnröhre.*** *Von Dr.* ***Neuberger.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1894. 20. — Centralbl. f. Chir. 1894. 28.)*

Aetiologisch kommen in Betracht in erster Linie Tripperinfectionen; einmal ist eine Läsion der Harnröhre vorausgegangen, in anderen Fällen gehen die Gebilde von den *Littré*'schen und *Skene*'schen Drüsen aus. Verf. sah auf der *Neisser*'schen Klinik binnen Jahresfrist 12 Karunkelfälle. Sie scheinen die häufigsten Geschwülste der weiblichen Harnröhre zu sein und kommen in jedem Alter vor. Histologische Untersuchung der Geschwülste ergab besonders Gefässreichthum und -Erweiterung, Auffinden von Infiltration mit sogenannten Plasmazellen, welche die normalen spindelförmigen Bindegewebszellen fast verdrängten. Im Lumen entzündeter Gefässe der meisten Karunkeln fanden sich Mastzellen, welche Verf. als Besonderheit hervorhebt. Therapeutisch sehr wichtig ist der Befund von Gonococcenhaufen in der Drüsenlichtung der Karunkel, so dass manchmal von Heilung einer Gonorrhoe ohne Karunkelentfernung keine Rede sein wird.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

715. ***Das Rindenfeld, die subcorticalen Bahnen und das Coordinationscentrum des Kauens und Schluckens.*** *Von Dr.* ***L. Réthi,*** *Wien. (Wiener med. Presse. 1894. 23 u. ff.)*

Der Zweck dieser Abhandlung Verf.'s ist, die Ergebnisse der von ihm angestellten Versuche, die Rindencentren und centralen Bahnen, durch deren Reizung die Schluck- und Kaubewegung ausgelöst wird, festzustellen und vom klinischen Standpunkte aus zu beleuchten. Zunächst kommen in



Betracht die cortialen Centren des Kauens und Schluckens. Es wurde am Kaninchen behufs leichterer Beobachtung der einzelnen Bewegungen der Kehlkopf und der weiche Gaumen nach Spaltung der Membrana thyreohyoidea blossgelegt, dann wurde das Schädeldach geöffnet und die vorderen und mittleren Grosshirnpartien wurden freigelegt. Die Reizung geschah durch faradischen Strom. Wurden die Rindenstellen nach vorn und aussen vom Rindenfeld der oberen Extremitäten gereizt, so wurden senkrechte Kieferbewegungen gesehen, bei Reizung in der nächsten Nähe des Extremitätencentrums, seitliche Bewegungen des Unterkiefers, wenn die Reizung der mehr nach vorne und aussen gelegenen Rindenstellen stattgefunden. Es fand wirklich typisches Kauen — mit Lippenbewegungen statt, und zwar die Zeit des Reizes überdauernd. Ein sehr wichtiges anderes Resultat dieser Versuche war, dass sich den Kaubewegungen ein Schlingact anschloss, so dass das Rindenfeld des Kauens auch das des Schluckens darstellte. Dieser Anschluss erfolgt entweder sogleich oder in Pausen mit und ohne folgender neuer Kaubewegung. Früher hatte *Wundt* beim Hunde das Centrum für die Kaumuskeln im vorderen Theile desjenigen Gyrus gefunden, dessen hinteres Ende das Facialiscentrum birgt. *Terrier* hat vom unteren Ende der vorderen Centralwindung in gleicher Höhe mit der untersten Stirnwindung, Oeffnung des Mundes mit Vor- und Zurückziehen der Zunge ausgelöst. Aehnliches fand *Maracci, Krause* sah nach Reizung des Gyrus praefrontalis seitlich nach unten Schluckbewegungen. Als zweites kamen die infracorticalen Bahnen und das Coordinationscentrum des Kauens und Schluckens in Betracht. Für subcorticale Reizungen mit folgenden Kaubewegungen ergibt die Literatur äusserst spärliche Nachricht, für Schluckbewegungen findet sich nirgends etwas verzeichnet. Verf. fand zuerst unterhalb oder innerhalb des Thalamus opticus ein zwischen den Stabkranzfasern und den Fasern des Pedunculus cerebri eingeschaltetes Centralorgan, welches auf den Willenreiz der Hirnrinde die Kau- und Schlingbewegungen auslöst. Klinisch hierher gehörige Beobachtungen sind nur wenige vorhanden. aber diese bestätigen die experimentellen Funde. Doppelseitige centrale Veränderungen sind nur von Einigen durch Section erwiesen, bei halbseitigen centralen Processen ist die Ausbeute grösser. Ein Fall von *Kirchhoff* mit ungeschickten Kau- und sehr behinderter Schluckbewegungen ergab rechtsseitige Embolie mit Erweichung des Corpus striatum, *Senator* und *Lépine* berichten über ähnliche Fälle, ebenso *Jungen*, *Petrina*. Aus den experimentellen und klinischen Ergebnissen findet Verf., dass durch Reizung einer bestimmten Rindenstelle nach aussen und vorne vom Extremitätencentrum Kaubewegungen ausgelöst werden können, dass in der Regel ein Schlingact erfolgt, der eine Reihe von Kaubewegungen abschliesst und es sich dabei um eine Succession coordinirter Bewegungen handelt. Die Fasern, durch deren Reizung Schlucken und Kauen ausgelöst wird, nehmen ihren Verlauf von der Hirnrinde, sich nach innen unten wendend, durch die untere Partie der inneren Kapsel. Das Centrum für diese coordinirten Bewegungen ist in der Gegend des Sehhügels. *Hausmann*, Meran.



716. ***Ein Fall von Befruchtung während des Wochenbettes.*** *Von Krönig. (La France méd. 1894. 6. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 30.)*

Eine 22jährige Frau, die am 4. Juli 1892 zum zweiten Male niederkam, coitirte 4 Tage später, ohne den Coitus während der 3 folgenden Monate zu wiederholen. Sie bekam nicht die Regel, wurde schwanger und am 10. März 1893 von einem Kinde entbunden, d. h. nach 243 Tagen nach dem Coitus. Das Kind wog 3·550 Kgrm. Dieser Fall beweist, dass in 243 Tagen post coitum die vollständige Entwicklung des Eies möglich ist, dass die Function der Ovarien während der Schwangerschaft nicht sistirt, die Lochien die Vitalität der Spermatozoen keineswegs hindern, die Ovulation und Menstruation nichts mit einander zu thun haben, schliesslich, dass bei einer kräftigen Frau die Regeneration der Uterusschleimhaut rapid vor sich geht.

717. ***Ueber die Conservirung der organisirten Harnsedimente, insbesondere der Harncylinder.*** *Von Privatdocent Dr. K. Bohland. Aus der medicinischen Klinik in Bonn. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 20.)*

Schon *Rovida* hat gezeigt, dass sich Harnsedimente, besonders die Cylinder, in 0·5—1%iger Kochsalzlösung 15—20 Tage lang unverändert halten, allein es war doch wünschenswerth, eine Methode zu besitzen, die eine weniger beschränkte Conservirung ermöglichte. Die Methode von Verf. wird folgendermassen ausgeführt: Aus dem Harn werden die morphotischen Elemente durch Sedimentiren oder besser durch Centrifugiren gesammelt. Dann wird der Harn von dem Sediment möglichst vollständig abgegossen, letzteres mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen und nun wird dasselbe mit *Müller*'scher Flüssigkeit behandelt. Dieselbe wird in einem Zeitraume von 14 Tagen circa 3—4 Mal erneuert. Nachdem die *Müller*'sche Flüssigkeit vorsichtig abgehoben, wird das Sediment mit Alcohol. absol. nachgehärtet, und zwar wird der Alkohol so lange erneuert, bis er sich völlig farblos über dem Sediment abhebt. Die mikroskopische Untersuchung des Sedimentes ergibt nun, dass man in ihm alle morphotischen Elemente, in denen man frische Harne constatiren konnte, im Wesentlichen unverändert, nur etwas geschrumpft wiederfindet. Es lassen sich alle charakteristischen Bestandtheile, wie die verschiedenen Epithelien, Leukocyten, die verschiedenen Cylinderarten, sofort als solche erkennen. Lässt man den Alkohol über dem Sediment verdunsten und bewahrt man dasselbe trocken auf, so kann man noch längere Zeit in ihm bei mikroskopischer Untersuchung die Cylinder unverändert auffinden. Bei der Untersuchung des Sedimentes aus der *Müller*'schen Flüssigkeit zeigen die organisirten Bestandtheile einen gelblichen Farbenton und es sind deshalb besonders die hyalinen Cylinder sehr viel leichter aufzufinden als im frischen Harne. Verf. hat weiter die gehärteten Harnsedimente, die von Nephritiskranken stammten, zu farbenanalytischen Untersuchungen benutzt. Es lassen sich die hierzu nothwendigen mikroskopischen Präparate aus dem gehärteten Sediment viel leichter und rascher herstellen, als die Präparate, die *Senator* aus dem frischen Harnsediment durch vorsichtiges Eintrocknen herstellt. Benutzt man das gehärtete Sedi-



ment, so vertheilt man einen Tropfen desselben durch vorsichtiges Zerreiben auf 2 Deckgläser und lässt den Alkohol an der Luft verdunsten und erhält dann rasch und gleichmässig gute Präparate. Dieselben wurden nun mit den von *Senator* gewählten neutrophilen Mischungen *Ehrlich's* gefärbt. Verf. bestätigt die Angaben von *Senator* über das Verhalten der verschiedenen Elemente der nephritischen Harnsedimente gegenüber den *Ehrlich*'schen Farbstoffmischungen.

718. ***Ueber den Einfluss der Halogensäuren auf die Pepsinverdauung.*** *Von Dr.* ***Hübner.*** *Aus der med. Poliklinik des Herrn Prof. v. Mering in Halle. (Fortschritte der Med. 1894. 5. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 28.)*

Da Jod und Brom mit zu den am häufigsten angewendeten Arzneimitteln gehören und dieselben im Magen eine theilweise Umsetzung in Jod-, resp. Bromwasserstoffsäure erleiden, hat Verf. es unternommen, den Einfluss dieser Säuren, wie auch den der Fluorwasserstoffsäure auf die Verdauung in einer Reihe von Versuchen festzustellen, und sich dabei bemüht, eine bestimmte Gesetzmässigkeit der Wirkungsweise derselben zu finden. Beides suchte er zu erreichen durch quantitative Bestimmung des Peptongehaltes der einzelnen Verdauungsflüssigkeiten nach stets gleicher Zeit der Einwirkung auf Eiweiss, und durch Vergleichung der unter stets denselben Verhältnissen gewonnenen Werthe mit einander. Es ergab sich nun, dass von den Säuren der Halogengruppe die Flusssäure die grösste verdauende Kraft besitzt und dass sie in dieser Hinsicht der Salzsäure mindestens gleichwerthig ist, vielleicht sogar ihr noch überlegen. In den niederen Concentrationsgraden liefert die Flusssäure meist höhere Werthe als die Salzsäure in gleicher Stärke, jedoch verwischt sich dieser Unterschied mehr und mehr, je mehr man mit der Concentration steigt, um schliesslich in das Gegentheil umzuschlagen. Die verschiedene Lage des Höhepunktes in der Wirkung beider Säuren erklärt sich aus ihrer chemischen Natur. Flusssäure hat stärkere antiseptische, also auch antifermentative Wirkung als Salzsäure, und wird daher auch schon in den niederen Concentrationsgraden das Pepsin zerstören oder in seiner Wirkung hemmen, während bei der Salzsäure die antiseptische Wirkung erst in den höheren Concentrationsgraden hervortritt. Die Jod- und Bromwasserstoffsäure ergaben viel geringere Werthe, namentlich die erstere, während die letztere wenigstens in den höheren Concentrationen eine immerhin kräftig verdauende Wirkung besitzt. Nach der Reihenfolge der Wirksamkeit der Halogensäuren lässt sich sagen, dass ihre Verdauungskraft sich umgekehrt verhält wie ihr Moleculargewicht.

719. ***Beiträge zur Frage der Secretion und Resorption im Dünndarm.*** *Von* ***Fritz Voit.*** *(Zeitschr. f. Biologie. N. F. Bd. XI, pag. 325.)*

Verf. hat sich die schwierige Aufgabe gestellt, zu bestimmen, welcher Antheil an der Kothbildung auf die Secretion und Desquamation der Darmschleimhaut entfalle. Zu diesem Zwecke wurde entsprechend dem Vorgehen *Hermann's* eine Darmschlinge isolirt, die offenen Enden ohne Ringbildung verschlossen und die Continuität des übrigen Darmes durch die Naht wieder hergestellt. Nach



einiger Zeit trat dann in dem isolirten Darmstücke die von *Hermann* zuerst beobachtete Anfüllung mit einer bräunlichen, fade, aber nicht fäcal riechenden Masse ein. Verf. hält diese Massen weniger für ein Product abgestossener Schleimhautzellen, als vielmehr für normales, aber eingedicktes Darmsecret, wobei er allerdings zugibt, dass mit der Secretion eine physiologische Abstossung der Schleimhautepithelien einhergehen könne. Diesen Darminhalt hat sodann der Verf. auf seinen N-, Fett- und Salzgehalt untersucht und die dabei gefundenen Werthe mit den analytischen Ergebnissen von Hungerkoth, Fleisch- und gewöhnlichem Nahrungskoth verglichen und gelangte dabei zu folgenden Resultaten: Der Gehalt an N-Substanzen stamme bei gewöhnlichem Koth zum grossen Theil, im Fleisch- und Hungerkoth fast ausschliesslich aus N-haltigen Secretionsproducten der Darmschleimhaut. Leber und Pancreas hätten fast keinen Antheil an dieser Kothbildung. Die Aschenbestandtheile seien dagegen als von der eingeführten Nahrung herstammend zu betrachten. Das Fett des Kothes hält Verf. vorwiegend für ein Secretionsproduct des Darmes. Verf. kommt sodann auf die Frage nach der Resorption und Secretion des Kalkes und des Eisens im Darm zu sprechen, zu deren Beantwortung er ein abgemessenes Dünndarmstück durch zwei Ligaturen abbindet und in dasselbe bekannte Mengen von Kalk- oder Eisenverbindungen injicirt und nach einigen Stunden den betreffenden Darminhalt auf diese Stoffe quantitativ untersucht. Verf. hat sowohl mit anorganischen Kalkverbindungen, als auch mit Kalkalbuminat und Kalkcaseïn Versuche gemacht. In letzterer Form wurde der Kalk fast gar nicht resorbirt und von $Ca\,Cl_2$ nur geringe Mengen, wie überhaupt bei gemischter kalkreicher Nahrung der überaus grösste Theil des Kalkes durch den Koth ausgeschieden werde. Einen kleinen Theil des Kalkes in Koth secernire die Darmwand; die Galle aber spiele bei der Kalkausscheidung nur eine ganz untergeordnete Rolle, dagegen gelange ein anderer kleiner Theil des Kalkes durch den Harn zur Ausscheidung. Zu ähnlichen Resultaten gelangt der Verf. auch in Bezug auf die Eisenresorption, sie bewege sich im Verdauungscanal nur in sehr niedrigen Werthen, dagegen erfolge die Eisenausscheidung hauptsächlich durch den Darm; die Nieren aber betheiligten sich dabei nur in sehr geringem Masse. Auch die Galle spiele bei der Eliminirung des Eisens aus dem Organismus keine Rolle, das um so mehr, als das in ihr enthaltene Eisen zum grössten Theil wieder im Darm resorbirt werde.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

720. ***Ueber den Einfluss der Citronensäure auf den Diphtheriebacillus.*** *Von Dr. H. Laser. (Hyg. Rundsch. 1894. 3. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 7.)*

D'Espine, Abadie, Löffler und *Babes* empfahlen die Anwendung der Citronensäure bei Diphtherie, *Ferran* behauptete, dass Citronensäure auf die Entwicklung der Diphtheriebacillen wirkungslos sei. Verf. controlirte diese Angaben und machte zunächst entwick-



lungshemmende und abtödtende Versuche mit Citronensaft, respective Citronensäure in verschiedenen Concentrationen. Aus der Reihe der Versuche seien zwei Resultate mitgetheilt: Erstens 15 Tropfen 6·5%iger Citronensäure bewirken Abtödtung, 10 und 5 Tropfen erst Entwicklungshemmung, dann Abtödtung, und zwar tödten 15 Tropfen 6·5%iger Citronensäure in 10 Ccm. Diphtheriebouillon = 0·48% in 5 Stunden die Bacterien. Zweitens 1 Ccm. 50%iger Citronensäure ist im Stande, in 10 Ccm. Diphtheriebouillon (= 5%) die Bacillen in 4—5 Minuten zu tödten. Es besitzt also die 5%ige Citronensäure stark desinficirende Kraft den Diphtheriebacillen gegenüber. Drei Meerschweinchen impfte Verf. an der Vagina mit Diphtherin; nach der Bildung von Membranen wurden 2 mit Citronensäure behandelt, das dritte nicht; letzteres wurde gesund, ebenso wie die behandelten Thiere, allerdings erst circa 5 Tage später. Ein anderer Versuch zeigte, dass die Citronensäure (5%) in einer diphtheritischen Membran, wenn sie mehrmals abgetupft wird, die Bacillen vernichtet. Bei den Versuchen am Menschen zeigte sich: 15 wahre Diphtheriefälle, bei denen die Diagnose durch die bacteriologische Untersuchung erhärtet wurde, kamen zur Behandlung, 14 davon heilten in durchschnittlich 3 Tagen, nur 1 Kind starb, bei welchem die Membranen mehr Streptococcen als Diphtheriebacillen enthielten, am sechsten Tage. Schwere Fälle von Angina follicularis, von denen circa 70 zur Behandlung gelangten, heilten in 1—2 Tagen. Gereicht wurde die Citronensäure: 5—10% Acid. citric., davon 1 Esslöffel mit einem Glase Wasser verdünnt; 1—2stündl. 1 Ess-, respective Theelöffel. Dieselbe Lösung benützten grössere Kinder zum Gurgeln. Ausserdem erhielten alle rohe Citronen zu essen, kleine Kinder starke Citronenlimonade zu trinken.

721. ***Ueber die gesundheitlichen Nachtheile des Bewohnens feuchter Wohnungen und deren Verhütung von sanitätspolizeilichem Standpunkte.*** *Von* ***Ascher.*** *(Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. XXV. 2. — Wiener med. Wochenschrift. 1894. 30.)*

Die Anhäufung von Menschen in einem Raume verdickt die Luft und steigert die Feuchtigkeit desselben. In Pest starben 1872—1873 unter 100 Todten an ansteckenden Krankheiten in Wohnungen, wo auf ein Zimmer 1—2 Bewohner kamen 20, 3 bis 5 Bewohner 29, 6—10 Bewohner 32, über 10 Bewohner 79. Nachdem der Boden in folgenden Städten Englands durch Canalisation trocken gelegt war, nahm die Sterblichkeit an Phthisis ab: in Salisbury um 49%, in Ely um 47%, in Rugby um 43%, in Banbury um 41%, in Worthing um 36%. In England hat in Folge der 1847 eingeführten Sanitätsgesetze, welche ein grosses Gewicht auf trockene, luftige Wohnungen legen, binnen 30 Jahren die Sterblichkeit um 10·2% abgenommen. Statistische Untersuchungen ergaben, dass die Feuchtigkeit der Wohnungen ein ausserordentlich gesundheitsschädliches Moment abgibt, wenn sie auch kaum als directe Krankheitsursache angesehen werden kann. *Pettenkofer* findet die Hauptnachtheile der nassen oder feuchten Wohnungen: 1. in Beeinträchtigung der Ventilation und Diffusion der Gase, 2. in Störungen der Wärmeökonomie unseres Körpers. „Eine trockene



Wohnung ventilirt sich meist selbst: in einer feuchten dagegen findet ein fast hermetischer Verschluss gegen die Aussenluft statt." Als fernere Schädlichkeit derartiger Wohnungen bezeichnet *Pettenkofer* den „Zug", der durch die einseitige Abkühlung in der Nähe derselben entsteht. Da der grösste Theil des vom Menschen ausgeschiedenen Wassers den Körper durch die Haut verlässt, sammelt sich in bewohnten, feuchten Räumen immer mehr Feuchtigkeit an. Feuchte Räume geben einen günstigeren Nährboden für saprophytische, als für parasitische Mikroorganismen ab. Verf. führt mehrere Fälle an, aus welchen hervorgeht, dass der Hausschwamm für den Menschen nicht ungefährlich ist. Ferner gibt es unter den Schimmelpilzen, welche in feuchten Räumen vegetiren, auch pathogene. Ein bedenkliches Uebel ist ferner der Mauerfrass. So entsteht denn eine mit widerlichen Gerüchen geschwängerte, verdorbene Luft und als nothwendige Folge eine Disposition zur Erkrankung und eine Verkürzung der Lebensdauer. Es ist Aufgabe des Staates, mit einer geeigneten Bauordnung und baupolizeilichen Sanitätsgesetzgebung dem Uebel der feuchten Wohnungen zu steuern. —*d.*

722. ***Ueber Sonnendesinfection.*** *Von **E. v. Esmarch.** (Zeitschrift f. Hyg. u. Infectionskrankh. 1894. — Allgem. Wiener med. Ztg. 1894. 17.)*

Die Thatsache, dass die Sonnenstrahlen auf viele Bacterien hemmend oder vernichtend einwirken, ist wohl nicht neu (*Bunt, Sansini* u. A.); Verf. hat aber direct nachgewiesen, dass Bettkissen, Möbelüberzuge, Pelze, Ledersachen und sonstwie schlecht zu desinficirende Gegenstände, wenn sie nur genügend lang der Sonnenbestrahlung ausgesetzt werden, unter bestimmten Bedingungen ihre Ansteckungsfähigkeit verlieren. Hiebei spielt die erwärmende Kraft der Sonne keineswegs die Hauptrolle. Dass die Cholerabacillen, die bekanntlich schon beim Eintrocknen absterben, auch bei der Sonnenbestrahlung schnell zu Grunde gehen, konnte nicht überraschen; dasselbe wurde aber auch für den Diphtheriebacillus nachgewiesen, wenn er sich z. B. im Innern von Kissen befand, während er in der Tiefe eines Schafpelzes, durch die wolligen Haare geschützt, noch nach 39 Stunden Sonneneinwirkung am Leben war. Nach längerer Exposition an mehreren aufeinander folgenden Tagen ging auch der Typhusbacillus auf derlei Stoffen zu Grunde, während Eitercoccen sich resistenter erwiesen. Die Sonnenbestrahlung ist mithin nach Verf. kein sicheres Desinfectionsmittel für die Praxis, sie vermag aber immerhin einzelne pathogene Bacterien, die sich auf oberflächlichen Schichten oberwähnter Stoffe befinden, unwirksam zu machen.

723. ***Bleiintoxication durch Tapeten.*** *Von **Dr. Guyot.** (Sitzung der Société méd. de Paris. 1894. — Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. VII, pag. 178.)*

Der Vortragende berichtet über einen Fall, in welchem bei einem Mädchen vom Lande sämmtliche Muskeln der Extremitäten, vorherrschend die Extensoren, von Paralyse befallen wurden. Man dachte an Bleilähmung, eine Annahme, welche aber durch die Erwägung keine Unterstützung fand, dass kein weiteres Mitglied der Familie von ähnlichen Zufällen befallen worden. Nach Verlauf



von sechs Monaten wurde das Mädchen bis auf eine Atrophie gewisser Muskeln aus dem Hospital entlassen. Sie kehrte auf's Land zurück, nahm Wohnung in ihrem früheren Zimmer und wurde nach einiger Zeit von Neuem von Paralyse ergriffen. Man vermuthete wieder Bleivergiftung, aber die Untersuchung der Nahrungsmittel-Verbrauchsgegenstände ergab kein Blei. Man nahm nun Veranlassung, die Tapete des bewohnten Zimmers zu untersuchen; diese Untersuchung ergab einen beträchtlichen Gehalt an Blei, so dass anzunehmen war, dass diese Krankheit durch Inhalation von bleihältigem Staub entstanden.

724. ***Die Psoriasis und ihre Bedeutung vom Standpunkt der Tauglichkeit der Psoriatiker zum Militärdienst.*** *Von J. Selenew. Vortrag beim V. Congress russischer Aerzte. (Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 5.)*

Verf. bekämpfte die Ansicht *Hebra's*, dass die Psoriasis eine leichte Erkrankung sei und wies auf die hochgradige Störung der Ernährung, der Blutbildung und des Nervensystems hin. In Russland war hauptsächlich *Polotebnow* für den nervösen Ursprung der Psoriasis eingetreten. Verf. erkennt die parasitäre Theorie nicht an, da sehr oft gar keine Parasiten der Psoriasis gefunden werden, oder aber solche, die auch bei anderen Hautkrankheiten vorkommen. Besonders deutlich tritt der Einfluss psychischer Erregung auf die Entwicklung der Psoriasis bei Soldaten zu Tage: beim Dienstantritt erscheint die Krankheit entweder zum ersten Mal oder es entwickelt sich aus 1—2 seit der Kindheit bestehenden Knötchen eine allgemeine Psoriasis. Verf. beobachtete im Kiew'schen Militärhospital von 1887—1893 130 Fälle von Psoriasis. Nach dem Alter waren die Pat. folgendermassen vertheilt: 21 J. — 45 Pat.; 22 J. — 22 Pat.; 23 J. — 30 Pat.; 24 J. — 18 Pat. Die Zahl der im Laufe eines Jahres im Hospital verbrachten Verpflegstage betrug:

Tage		Mann		Tage		Mann	
5—10	Tage	4	Mann.	60— 70	Tage	10	Mann.
10—20	„	9	„	70— 80	„	7	„
20—30	„	9	„	80— 90	„	12	„
30—40	„	11	„	90—100	„	3	„
40—50	„	23	„	100—300	„	28	„
50—60	„	14	„				

Da aber die ersten 4 Gruppen vorzugsweise aus Leuten bestehen, die nur zur Prüfung ihres Gesundheitszustandes in's Hospital aufgenommen worden waren, so erweist sich nach Abzug dieser Gruppen, wenn man die übrigen nach dem Erfolg der Therapie betrachtet, dass das Hauptcontingent Leute ausmachen, die 100 bis 300 Tage im Hospital verbrachten. Berechnet man das arithmetische Mittel für jedes einzelne Jahr, so erhält man als durchschnittliche Verpflegungsdauer für jeden einzelnen Patienten im Hospital 67—68 Tage. Auf Grund dieser Daten betont Verf. die Unzweckmässigkeit und den Nachtheil der Annahme von Psoriatikern in den Militärdienst.

Literatur.

725. ***Compendium der gerichtsärztlichen Praxis.*** *Von Dr.* ***J. Borntraeger,*** *Kreisphysikus. Mit 14 Abbildungen im Texte. Leipzig 1894, Verlag von H. Hartung & Sohn.*

Verf. hat auf Grund gründlicher Studien und eigener Erfahrungen, welche in mehreren Publicationen für gerichtsärztliche Kreise schon früher ihren Ausdruck fanden, sich zur Abfassung des vorliegenden Compendiums entschlossen, ein Titel, welchen Verf. seiner Arbeit in einem Anflug von zu grosser Bescheidenheit gegeben. Denn bei genauer Durchsicht des Werkes erscheint dasselbe als ein sehr präcis gefasstes wissenschaftliches, kurzes Lehrbuch der gerichtsärztlichen Aufgaben des Arztes. Nach den einleitenden Abschnitten, welche das Allgemeine über Thätigkeit und Untersuchungen der gerichtsärztlichen Sachverständigen schildert, in welchen die Leichenuntersuchung und Schemata für Obduction gegeben sind, behandelt Verf. nach Vorausschickung der betreffenden Gesetzesstellen den speciellen Theil der gerichtsärztlichen Agenden in einer didaktisch sehr glücklich gewählten Form. Als ganz neue, aber sehr wichtige Capitel des Compendiums finden wir die folgenden bearbeitet: Todesursachen — Unfallverletzungen nebst deren Folgen für die Erwerbsfähigkeit und deren Begutachtung — Infection — Kunstfehler — Formen der Geistesstörungen, einschliesslich der Aprosexia nasalis, der Bewusstlosigkeit, Hypnose, Suggestion — deren Begutachtung für alle einzelnen Bedürfnisse des Straf- und Civilrechtes, einschliesslich der Straferduldungsfähigkeit, Testirfähigkeit, Ehefähigkeit, Dienst- und Erwerbsfähigkeit, Vernehmungs- und Zeugnissfähigkeit, Glaubwürdigkeit, Gemeingefährlichkeit, Nothwendigkeit der Irrenhausverwahrung Geisteskranker. Das Werk wird gewiss baldigst in neuer Auflage erscheinen.

—r.

726. ***Lehrbuch der Kinderkrankheiten*** *auf Grund der 5. Auflage des Buches von Prof. A. Vogel. Ganz neu bearbeitet von Dr.* ***Philipp Biedert,*** *Oberarzt am Bürgerspital und Kreisarzt in Hagenau, Elsass. Elfte, sehr vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 2 lithographirten Tafeln und 60 Holzschnitten im Text. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894. VIII und 661 S. gr. 8°.*

Während der 8 Jahre, welche seit der ersten Umarbeitung von *Vogel's* Lehrbuch der Kinderkrankheiten verflossen sind, liegt nunmehr die 3. verbesserte Umarbeitung desselben vor. Nunmehr ist diese Umarbeitung eine so gründliche, dass das Werk in seiner vorliegenden Fassung wohl vollständig als geistiges Eigenthum *Biedert's* anerkannt werden muss. Demgemäss wurde das aus der letzten noch von *Vogel* bearbeiteten Auflage herübergenommene Thatsächliche in gleicher Weise wie bei den anderen Autoren auch durch Aufnahme in das Autorenregister gekennzeichnet. Die gründlichste Umarbeitung erfuhren in dem Abschnitte die Physiologie des Kindes: Blut, Secrete, Wachsthum, die Arzneien und die Arzneivergiftungen beim Kinde, die Krankheiten der Neugebornen, die moderne Lehre von der Natur und der Behandlung der Infectionskrankheiten. In dieser Darstellung finden wir die neuesten Ansichten über cyklischen Verlauf und Immunität der Infectionskrankheiten, ferner die Blutzehrungs-Therapie, Schutz- und Heilimpfung in ihren zahlreichen Beziehungen zur Kinderpraxis eingehend geschildert. Ausser-



dem erfuhren eine eingehende Umarbeitung die Abschnitte: Blutuntersuchung und die Blutkrankheiten, die Zahnkrankheiten, die Diphtheritis, die Typhlitis und Perityphlitis, Cholera, Enthelminthen mit Protozoen, Croup, Influenza, Keuchhusten, Phthise etc., die Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, die Vulvovaginitis, Pocken und Impfung, die chirurgischen Krankheiten und Eingriffe, insbesondere die orthopädische Chirurgie. So werden die Vorzüge des Werkes demselben den bisherigen Werth in der deutschen Literatur auch in der Zukunft bewahren. Die Ausstattung des Werkes, Druck und die zahlreichen neu aufgenommenen Illustrationen entsprechen den strengsten Anforderungen. *—r.*

Sitzungsberichte.

727. ***Ein Fall von Kali chloricum-Vergiftung.*** *Von Dr.* ***Benno Markwald,*** *Giessen. Nach einem in der med. Gesellschaft zu Giessen am 19. Juni gehaltenen Vortrage. (Centralbl. f. klin. Med. 1894. 28.)*

Vergiftungen mit Kali chloricum sind zwar schon in grösserer Anzahl bekannt geworden, erfolgten aber zumeist durch innerlichen Gebrauch des Mittels, selten durch Verwendung desselben als Gurgelwasser. Einen solchen Fall hat *Wilke* mitgetheilt, in welchem der betreffende Patient über 4 Wochen andauernd mit Kali chloricum gegurgelt und pro die über 50 Grm. verbraucht hatte, zusammen mindestens 1600 Grm., und weiterhin *Lenhartz*, wo die Vergiftung nach 4 Tagen eintrat, nachdem der Patient in den ersten beiden Tagen weniger, in den letzten beiden aber circa 50 Grm. verbraucht hatte — beide Male trat der Exitus ein. Auch in meinem Falle erfolgte die Vergiftung durch Gurgeln, allerdings höchst intensives, aber in äusserst kurzer Zeit, im Verlauf eines Tages, und zudem in sehr schwerer Form; Patient kam aber mit dem Leben davon. Als einen weiteren Beweis für die Gefährlichkeit des so vielfach verwendeten Mittels will ich ihn der Oeffentlichkeit übergeben.

Der betreffende Patient, ein 33jähriger intelligenter Herr, von äusserst kräftiger Constitution, nahm meine Hilfe in Anpruch wegen einer leichten folliculären Tonsillitis. Neben sonstigen Verhaltungsmassregeln verordnete ich Gurgeln mit Kali chloricum in 3%iger Lösung, worauf mir Patient erwiderte, dass er dies wohl nicht vertrüge, da er vor einigen Jahren schon einmal damit, freilich in selbst verordneter sehr starker Lösung und möglichst oft gegurgelt, aber nach einigen Stunden schon Magenbeschwerden, Uebelkeit und Erbrechen empfunden hätte, so dass er das Mittel auszusetzen gezwungen war. Ich empfahl ihm nun, die von mir angegebene Lösung zu benutzen, und damit alle 2 Stunden zu gurgeln, da dies bei der Leichtigkeit der Affection vollständig ausreichend wäre.

Im Laufe des folgenden Tages sah ich ihn wieder, die Tonsillitis war im Rückgang begriffen, auch die subjectiven Beschwerden waren geringer geworden, und im Uebrigen fühlte er sich ziemlich wohl. In der folgenden Nacht aber wurde ich zu ihm gerufen: er klagte über heftige Schmerzen im Magen und Unterleib, hatte wiederholentlich erbrochen und Durchfall gehabt, und sah auffallend bleich aus, so dass ich sofort den Gedanken hatte, dass es sich um eine Vergiftung mit Kali chloricum handelte. Ich erfuhr nun von dem Patienten, dass er zwar öfter gegurgelt

hatte, als ich es verordnet, er stellte aber in Abrede, von der Lösung geschluckt zu haben. Da nun seine Diät keine besonders vorsichtige gewesen war, und er auch im Laufe des Tages eine ziemliche Portion Wein genossen hatte, so liess ich die Möglichkeit offen, dass vielleicht doch nur ein acuter Magen-Darmcatarrh vorläge, verbot aber jedenfalls weiteres Gurgeln und ordnete an, den Urin aufzubewahren, und mich eventuell von dem weiteren Verlaufe zu benachrichtigen. Gegen Morgen, etwa 4 Stunden später, wurde ich nochmals gerufen, fand aber nun ein wesentlich verändertes Krankheitsbild vor. Patient sah stark collabirt aus, hatte ganz bleiche Gesichtsfarbe, die livide Verfärbung der Augenlider und der Lippen, der Puls war stark beschleunigt und kleiner als vordem, die Herztöne abgeschwächt, rein. Das Erbrechen hatte fortbestanden, ebenso die Schmerzen im Magen und Unterleib.

Es war jetzt zweifellos, dass der ganze Symptomencomplex Folge einer Kali chloricum-Vergiftung war. Der Urin war von tief dunkler Farbe, enthielt also jedenfalls Hämoglobin. Zunächst liess ich es mir nun angelegen sein, den gefahrdrohenden Collaps durch Excitantien zu beseitigen, liess dann weiterhin Eispillen schlucken, eine Eisblase auf's Abdomen legen, und gab zur Bekämpfung der ständig wiederkehrenden Brechneigung Opiate in kleinen Dosen. Dabei erholte sich der Patient allmälig, und da am folgenden Tage das Erbrechen nicht wiederkehrte, liess ich ihn neben wenig Nahrung und Champagner möglichst grosse Mengen Wassers, namentlich auch Fachinger, trinken, um so die frei gewordenen Hämoglobinmassen möglichst schnell zur Ausscheidung zu bringen. Am 2. Tage trat ein mässig starker Icterus auf, der 4 Tage andauerte. Patient konnte nach 6 Tagen das Bett verlassen, fühlte sich dabei noch recht schwach. Erst 12 Tage nach erfolgter Intoxication war Allgemeinbefinden und Aussehen wieder annähernd normal geworden.

Der Urin zeigte alle die für die Kali chloricum Vergiftung, respective die dadurch bedingte Hämoglobinurie charakteristischen Merkmale.

Das am 1. Tage aus dem Finger entnommene Blut zeigte ebenfalls die charakteristischen Merkmale der Hämoglobinämie: sehr wenig Neigung zu Geldrollenbildung, geringe Poikilocytose, aber zahlreiche Schatten, daneben geringe Vermehrung der weissen Zellen. In den nächsten Tagen besserte sich dann die Blutbeschaffenheit ebenfalls; am 4. Tage lagen die Blutkörperchen zwar meistens noch in unregelmässigen Haufen, doch war die Geldrollenbildung schon ausgesprochener, auch waren noch viele Schatten vorhanden, aber keine deutliche Vermehrung der weissen mehr. Am 9. Tage war schon ein weiterer Fortschritt wahrnehmbar, und am 12. Tage liess sich wieder eine normale Gestaltung des Blutes constatiren; aber auch da waren noch Schatten vorhanden, die sich auch später noch vereinzelt vorfanden. Der am 2. und 3. Tage entleerte Stuhl war geformt, aber von ganz schwarzer Farbe, erst nach und nach bekam er normales Aussehen.

In Bezug auf die verbrauchte Menge des Kali chloricum brachte ich in Erfahrung, dass der Patient meine Vorschrift keineswegs befolgt, sondern zum Gurgeln eine selbstbereitete Lösung benutzt hatte, und zwar einen guten halben Esslöffel voll auf einen halben Liter Wasser, und diese Quantität fast ganz 6mal im Laufe des einen Tages verbraucht hatte. Die ungefähre, jedes Mal verwendete Quantität betrug — nachher gewogen — circa 17 Grm., so dass im Ganzen also etwa 100 Grm. in 3 Liter Wasser gelöst verbraucht wurden.



Nun ist ja sehr wohl anzunehmen, dass durch die auf das Gurgeln folgenden unwillkürlichen Schluckbewegungen schliesslich eine solche Menge von dem Kali in den Magen gelangt ist, dass dadurch die Vergiftung hervorgerufen worden ist. Wenn man aber in Betracht zieht, dass oft relativ grosse Mengen von Kali chloricum, innerlich genommen, ohne Schaden vertragen werden, andererseits in dem Falle von *Wilke* erst nach vierwöchentlichem Gebrauch von täglich 50 Grm. die Intoxication erfolgte, so möchte ich es nicht ganz von der Hand weisen, dass in meinem Falle vielleicht eine Idiosyncrasie vorgelegen hat und der Patient das Kali chloricum überhaupt nicht verträgt, darauf weist auch seine Angabe hin, dass er bereits früher, bei freilich auch intensivem Gurgeln, sehr bald unangenehme Erscheinungen gehabt hat; ähnlich mag es sich auch in dem Falle von *Lenhartz* verhalten haben.

Hinsichtlich der Therapie halte ich, abgesehen von der Beseitigung des etwa bestehenden Collapses, im Hinblick auf die Sectionsbefunde bei Kali chloricum-Vergiftung, welche meistens eine ausgedehnte Verstopfung der Harncanälchen durch die Hämoglobinmassen ergaben, die möglichst reichliche und möglichst frühe Zufuhr von Flüssigkeiten für das Zweckmässigste, um die Nieren wegsam zu halten. Eventuell wäre auch eine Venaesection zu machen und eine physiologische Kochsalzlösung zu infundiren.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Privat-Heilanstalt

für

GEMÜTHS- UND NERVENKRANKE

in 2104

OBER-DÖBLING, Hirschengasse 71.

Dr. Overlach's Migränin

Löwenmarke

(Citronensaures Antipyrin-Coffeïn).



1. Als vorzüglich erprobt **bei den schwersten Fällen der Migräne**, ferner **bei dem Kopfschmerz der Alkohol-, Nicotin- und Morphium-Vergiftung, der Neurasthenie, der Influenza, Grippe** etc. etc.

2. **Bestes Antipyreticum**, auch bei drohendem Collaps, weil der Coffeïngehalt des Migränin gleichzeitig als **Analepticum** vorzüglich wirkt.

☞ Man gebrauche nur **Dr. Overlach's Migränin**, Löwenmarke, und ordinire im Recept stets **„Migränin Höchst"**.

Beste mittlere Dosis für Erwachsene 1,1 Gr., einmal oder mehrmals täglich, in Pulver oder Solution.

Alleinige Fabrikanten: **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.**

Verlag von URBAN & SCHWARZENBERG in Wien und Leipzig.

Die Krankheiten des Ohres

in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen

für praktische Aerzte und Studirende

von **Dr. RUDOLF HAUG,**

Docent der Ohrenheilkunde an der Universität, Leiter der Abtheilung für Ohrenkranke an der kgl. chirurgischen Universitätspoliklinik zu München.

Mit 3 Figuren im Text und 102 farbigen Trommelfellbildern (Orig.). — VIII u. 296 Seiten.

Preis: 8 M. = 4 fl. 80 kr. ö. W. brosch.; 10 M. = 6 fl. ö. W. eleg. geb.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

728. *Betrachtungen über Mauserung des Blutes.*

*Von Hofrath Prof. Dr. **A. Rollett.***

Nach dem Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte in Steiermark am 7. Mai 1894. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 31.)

Verf. zieht in seinem sich auf eigene, wie auch auf fremde Untersuchungen stützenden Vortrage dreierlei in Betracht: 1. den Einfluss des Höhenklimas, 2. den Einfluss des Seeklimas, 3. den Einfluss von Blutentziehungen auf die Beschaffenheit des Blutes. Was den Einfluss des Höhenklimas auf die Beschaffenheit des Blutes betrifft, so hat *Paul Bert* schon im Jahre 1878 die Vermuthung ausgesprochen, dass bei der Anpassung von Menschen und Thieren an die dünne Luft grosser Höhen eine Vermehrung der Blutkörperchen und des Hämoglobins im Blute eine Rolle spielen dürfte. Diese Vermuthungen wurden zur vollen Gewissheit durch Studien des Prof. *Viault* aus Bordeaux. Dieser fand in Marococha, Peru, auf einer Höhe von 4392 Meter nicht nur bei eingeborenen Menschen und Thieren und bei seit Jahren dort wohnenden Menschen von verschiedenen Rassen eine ungewöhnlich grosse Anzahl von rothen Blutkörperchen, sondern *Viault* fand auch bei sich selbst und seinem Begleiter Dr. *Mayorga*, dass die Blutkörperchenzahl in circa 3 Wochen auf $7^1/_2$—8 Millionen im Cubikmillimeter Blut gestiegen war, während beide bei dem vorausgehenden Aufenthalte in Lima nur 5,000.000 im Cubikmillimeter Blut hatten. Diese Angaben über die Beeinflussung der Blutbeschaffenheit durch Aufsuchung eines Höhenklimas wurden durch mehrere Schweizer Aerzte, die sich gleichen Untersuchungen widmeten, in vollstem Masse bestätigt. Es zeigte sich, dass beim Uebergange in's Hochland die Blutkörperchenzahl und der Hämoglobingehalt des Blutes nicht parallel steigen, sondern letzterer zurückbleibt. Während der Zeit aber, wo die Hämoglobinsteigerung noch relativ gering ist, finden sich, wie Dr. *Mercier* zeigte, im Blute eine grosse Zahl von kleinen Blutkörperchen mit Durchmessern von 5 μ und unter 5 μ, während später wieder wie gewöhnlich im Blute Körperchen von 7·7 μ Durchmesser die weitaus überwiegende Zahl ausmachen. Ja, schon wenige Stunden nach der Ankunft in Arosa mit 1892 Meter Seehöhe treten nach Dr. *Mercier* schon viele jener kleinen Blutkörperchen auf. Das Höhenklima steigert nach diesen Erfahrungen

die Thätigkeit der Organe, welche rothe Blutkörperchen bilden, und zwar erfolgt diese Reaction auf das Höhenklima sehr rasch.

Dr. *Egger* fand, dass, nachdem er sich durch 4 Jahre in Arosa einer Blutkörperchenzahl von 7·27 Millionen im Cubikmillimeter Blut erfreute, bei einem Aufenthalte von $2^1/_2$ Wochen in Basel seine Blutkörperchenzahl, ohne dass irgend ein Unwohlsein eintrat, wieder auf 5—6 Millionen im Cubikmillimeter Blut sank, um nach der darauf erfolgten Rückkehr nach Arosa wieder auf über 7 Millionen im Cubikmillimeter Blut zu steigen. Analoge Aenderungen der Blutkörperchenzahl wurden auch bei Barometerschwankungen nachgewiesen.

Verf. weist dann auf noch ein Compensationsmittel hin, welches für den Organismus grössere Luftdruckschwankungen, wenigstens für einige Zeit, erträglich erscheinen lässt, und das ist der grosse Hämoglobinüberschuss, welcher von vornherein im Blute vorhanden ist. Die Hämoglobinmolecüle sind immer gleichsam als Lastträger zwischen äusserer und innerer Athmung beschäftigt, indem sie den Sauerstoff an der Quelle aufnehmen und zu den Geweben bringen, um ihn dort abzugeben und entlastet wieder zur Sauerstoffquelle zurückzukehren, wo sie sich neu beladen u. s. f. Aber dieser Process betrifft immer nur einen Theil des Hämoglobins, wie die Thatsache zeigt, dass in dem aus den Geweben zurückkehrenden Blute immer noch eine grosse Menge mit Sauerstoff gesättigten Hämoglobins neben reducirtem Hämoglobin enthalten ist.

Wir wissen heute ganz sicher, es ist das eine für die Rettung von Menschen nach grossen Blutverlusten höchst wichtige Thatsache, dass wir einem Thiere $^2/_3$ seiner gesammten Blutmenge entziehen und durch eine warme 0·6%ige Kochsalzlösung ersetzen können. Bei einem Thiere, an dem dieses Experiment ausgeführt wurde, wäre, wenn das Hämoglobin desselben, welches auf $^1/_3$ der normalen Menge gesunken ist, als ganz mit Sauerstoff gesättigt angenommen wird, das Blut um 66·6% ärmer an Sauerstoff geworden. Solche Thiere befinden sich aber wohl und athmen in atmosphärischer Luft ruhig und ohne Beschwerden. Der grosse Hämoglobinvorrath des Organismus wird auch für die Erklärung der Thatsache von Bedeutung sein, dass kühne Luftschiffer aus enormen Höhen noch lebend herabgekommen sind, wie z. B. Glaisher und Cocwell (1862) von einer Höhe von 8838 Meter. Verf. erwähnt dann die Acclimatisationsbeschwerden, welche bei vielen Menschen in der ersten Zeit nach ihrer Uebersiedlung in die hochgelegenen Curorte Arosa, Zuoz, Hôtel Maloya auftreten, um in 1—2, längstens 3 Wochen ganz zu verschwinden.

Der menschliche Organismus ist also von vornherein so eingerichtet, dass er eine grosse Verminderung des Sauerstoffdruckes in der umgebenden Luft zu ertragen im Stande ist, ja es kann eine Verminderung bis zu 66% im Sauerstoffgehalte eintreten und es können die lebensgefährlichen Symptome, die dann auftreten, noch überwunden werden, wenn dieser Grad der Luftverdünnung nicht lange anhält. Aber schon bei den niedrigsten Graden der Verdünnung beginnen die blutbildenden Organe eine merkwürdige gesteigerte Thätigkeit, welche sie bei der Rückkehr in



dichtere Luft wieder einstellen, welche aber, so lange der Aufenthalt in verdünnter Luft andauert, fortwährt und endlich zu einer solchen Veränderung des Blutes führt, dass der Organismus dadurch den geänderten Verhältnissen angepasst ist.

Der Verf. geht nun zum zweiten Gegenstande über, zum Einfluss des Seeklimas. Es ist merkwürdig, dass man in vieler Beziehung von Seiten der Aerzte beiden Klimaten eine ganz ähnliche Wirkung zuschreibt, und dass, wie zuerst *Malassez* gefunden hat und wie sich dann durch *Marestang's* Untersuchungen auf dem Schiffe ergeben habe, eine beträchtliche Steigerung der Blutkörperchenzahl im Cubikmillimeter Blut durch das Seeklima auftritt. Unter dem Einflusse des Seeklimas wird der Wärmeabfluss aus dem Körper ein sehr gleichmässiger und vergrösserter, der Appetit, das Körpergewicht und die Harnstoffausscheidung nimmt zu. Scheint es gleich für den ersten Blick sehr sonderbar, dass bei der Bedeutung, welche eben der Vermehrung des Blutkörperchengehaltes und des Hämoglobingehaltes des Blutes in verdünnter Luft zugeschrieben wurde, die dichte Seeluft eine ganz ähnliche Wirkung auf das Blut ausüben soll, so könnte sich eine Möglichkeit der Erklärung dieser Thatsache in der folgenden Weise ergeben. Beim Athmen in verdünnter Luft tritt der Fall ein, dass das Hämoglobin der Blutkörperchen des Lungenblutes sich schwieriger mit Sauerstoff zu sättigen im Stande ist und diese Behinderung der äusseren Athmung des Sauerstoffes wirkt als reizende Anregung auf die Thätigkeit der hämatogenen Organe und die Folge davon ist die Zunahme von Blutkörperchen- und Hämoglobingehalt des Blutes. Da aber Blutkörperchen und Hämoglobin nicht nur bei der äusseren, sondern auch bei der inneren Athmung betheiligt sind, so könnten wir annehmen, dass die vermehrte Reduction des Hämoglobins des die Gewebe durchströmenden Blutes, welche bei den früher geschilderten Folgen des Seeklimas auftreten muss, ebenfalls eine reizende Anregung auf die Thätigkeit der hämatogenen Organe ausübt und würden so auf eine übereinstimmende Aenderung der Blutbeschaffenheit durch das Höhenklima und das Seeklima hingewiesen sein.

Verf. kommt nun zum dritten Gegenstande, dem Einfluss der Blutentziehung auf die Beschaffenheit des Blutes. Er erinnert daran, dass Aderlass und Schröpfen als Volksmittel ersten Ranges durch lange Zeit in hohem Ansehen standen, dass sie als Vorbeugungsmittel gegen künftige Krankheiten, zur Stärkung des Leibes von ganz Gesunden regelmässig in bestimmten Zeitperioden verlangt und an selben geübt wurden. Es ist nun sehr bemerkenswerth, dass solche Blutentziehungen bei Gesunden in ihren Wirkungen auf das Blut eine Aehnlichkeit besitzen mit den Wirkungen, welche der Wechsel des Klimas in bestimmten Fällen nach sich zieht. Das Blut wird nach Blutverlusten verhältnissmässig rasch regenerirt: nach mässigen Blutverlusten ist das Volumen des Blutes im Verlaufe weniger Stunden wieder hergestellt, nach bedeutenderen Blutverlusten im Laufe von 24—48 Stunden. Auch die Regeneration der Körperchen beginnt schon nach 48 Stunden, sie nimmt aber längere Zeit in Anspruch und schreitet jener des Hämoglobins voraus, wie sich dies aus den Beobachtungen von



Buntzen, *Laache* und *Malassez* ergibt. Eine wichtige Beobachtung hat *Buntzen* gemacht, indem er fand, dass nach mässigem Aderlass das Körpergewicht bei derselben Nahrung, ja sogar bei einer etwas weniger reichlichen Nahrung nach dem Aderlass rascher zunimmt, als vor dem Aderlass.

Vergleicht man nun die Fälle von Blutveränderung durch Wechsel des Klimas und durch Aderlass, so regt ein solcher Vergleich in hohem Grade zum Nachdenken an. Es begibt sich ein Mensch für eine vorübergehende Zeit von mehreren Wochen oder einigen Monaten in ein Höhenklima oder an die See und erwirbt dort eine beträchtlich vermehrte Anzahl rother Blutkörperchen im Cubikmillimeter Blut, er kehrt dann in das Tief- oder Binnenland zurück und seine Blutkörperchenzahl sinkt wieder herab. Macht man da die Annahme, dass nicht die unter dem Einflusse des Höhen- oder Seeklimas neugebildeten Blutkörperchen, sondern ältere, schon früher gebildete, zu Grunde gehen, dann würde ein solcher Mensch in Bezug auf sein Blut einen ganz ähnlichen Mauserungsprocess durchgemacht haben, wie ein Mensch, dem durch einen Aderlass oder durch Schröpfen eine bestimmte Menge Blut und damit eine bestimmte Anzahl von rothen Blutkörperchen entzogen worden ist und der darauf durch Regeneration des Blutes wieder die Normalzahl seiner Blutkörperchen erworben hat. In allen drei Fällen hätten wir es mit einer Anregung der Thätigkeit der hämatogenen Organe zu thun gehabt und mit dem Untergange einer bestimmten Anzahl alter rother Blutkörperchen.

Was die Wirkung der Blutentziehungen betrifft, so muss uns diese um so mehr interessiren, als in neuester Zeit bekannt geworden ist, dass von praktischen Aerzten bei Chlorose und Anämie ganz im Gegensatze zu den früheren therapeutischen Verfahrungsweisen wieder der Aderlass empfohlen wurde: so werden von Dr. *Wilhelmi* und Dr *Scholz* je 30 durch den Aderlass günstig beeinflusster Fälle berichtet. Verf. glaubt, dass es viel wahrscheinlicher ist, dass die Blutentziehung wirkt, weil sie eine reizende Anregung der hämatogenetischen Organe setzt, als aus dem Grunde, weil der Aderlass depletorisch der sogenannten chlorotischen Plethora begegne, was doch mehr Phrase als Erklärung zu sein scheine.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

729. ***Studien über Harnsäureinfarct, Harnsediment und Albuminurie bei Neugeborenen.*** *Von **Carl Flensburg**, Stockholm. (Nordisk med. Ark. 1894. 9. 12.)*

730. ***Einige Analysen über die Vertheilung des Stickstoffes auf Harnstoff, Harnsäure und Ammoniak bei Neugeborenen.*** *Von **John Sjöquist**, Stockholm. (Nordisk med. Ark. 1894. 10.)*

Die mikroskopische Untersuchung des Harnsäureinfarcts Neugeborener weist mit völliger Bestimmtheit das Vorhandensein einer hyalinen Grundsubstanz, die mit einem grün gefärbten Urate in Form von Krystallen und Körnern incrustirt ist, nach. Diese



hyaline Substanz ist, wie die Untersuchung der Nieren todtgeborener oder ganz unmittelbar nach der Geburt verstorbener Kinder zeigt, das Product einer Absonderung des Epithels der gewundenen Canäle, in denen sich eine granulöse, bald sphärische, bald unregelmässige und diffuse Masse findet, durch deren Verschmelzung sich dann die die Form der Harncanälchen annehmende Grundsubstanz des Harnsäureinfarcts bildet. Durch Centrifugiren des Harnes der Neugeborenen lassen sich Infarctcylinder von verschiedenen Grössen und in allen Phasen der Incrustation, eine unregelmässige, mit Kugeln und Körnern von Urat bedeckte hyaline Substanz, ferner Uratkugeln in verschiedenen Entwicklungsphasen, bald unregelmässig gruppirt, bald unter der Form von Stäben nachweisen. Die durch die Centrifuge erhaltenen Urate bestehen nach der Untersuchung von *Sjöquist* hauptsächlich aus harnsaurem Ammoniak, das sich hier fast ausschliesslich in der Form eines sauren Tripelsalzes findet. Der Harnsäureinfarct ist nach den zahlreichen Untersuchungen *Flensburg's* ein vollkommen normales und physiologisches Product, das mitunter schon unmittelbar nach der Geburt, bei mehr als 50% der Neugeborenen in den ersten 6 Stunden, bei 94·7% nach 12—24 Stunden auftritt; von wo ab er abnimmt, so dass man am 6. Tage nur selten noch Infarct im Harn nachweisen kann. Da er in den Nieren sich noch länger findet, ist es anzunehmen, dass die Infarctcylinder im Urin schon in Folge der stärkeren Verdünnung des Harnes von ihren Salzen befreit wurden.

Das Vorhandensein von Eiweiss im Harne von Neugeborenen ist durch Kochen mit Zusatz von Essigsäure constant nachzuzuweisen. Dialysirt man den Harn 24 Stunden, so kann man die ganze Eiweissmenge mit einer geringen Quantität Essigsäure fällen, so dass es sich um ein Nucleoalbumin handelt. Diese Albuminurie der Neugeborenen steht wahrscheinlich mit der von *Sjöquist* nachgewiesenen ausserordentlich starken Vermehrung der Harnsäure in dieser Lebensperiode im Zusammenhange. Nach *Sjöquist* ist das Verhältniss der Harnsäure zu dem Gesammtstickstoff in den ersten 12 Stunden wie 1 : 9·08, während des Infarcts wie 1 : 8·43 und nach dem Infarct wie 1 : 17·1. Dies Verhalten übertrifft sogar die bei Leucämie von *Stöcker* gefundene Zahl von 1 : 9. Die ihrerseits von normaler Leucocytose abhängige Vermehrung der Harnsäure ist auch, analog der Action anderer künstlich eingeführter Säuren, die Ursache der Vermehrung der Ammoniakausscheidung, wodurch es zu reichlicher Bildung von harnsaurem Ammoniak kommt, das sich als schwer lösliche Verbindung leicht auf den hyalinen Elementen des Infarcts niederschlägt und diese incrustirt. *Th. Husemann.*

731. ***Behandlung der Lungentuberculose mit Petroleum.*** *Von Dr.* ***Pelissier.*** *(Bull. gén. de thérap. 1894. 18. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. VIII.)*

Verf. constatirte, dass die Arbeiter der Petroleumminen in Campina (Rumänien) nie an Tuberculose erkranken; er versuchte daher seit zwei Jahren das Petroleum bei allen seinen tuberculösen Kranken. Er gibt das rohe Petroleum, wie es aus der Erde gewonnen wird — er lässt es nur filtriren, um es von den erdigen



Beimengungen zu reinigen — und zwar in Kapseln; auf andere Weise wird das Petroleum nicht vertragen. Die Resultate sind überraschend: Husten und Schweiss schwinden, Appetit und Schlaf kehren zurück, die Lungenläsionen heilen, der Athem riecht nach Petroleum, keine gastrischen Störungen. Während des Tages lässt Verf. die Kranken Luft athmen, welche Petroleum passirt hat und bedient sich hiezu eines Apparates, welcher der langen Pfeife ähnlich ist, aus welcher die Türken Tabak rauchen. Verf. hat auch versucht, das Petroleum als Lavement zu geben, doch ist die Resorption unvollständig.

732. ***Ein seltener Fall einer grossen traumatischen Magenwandcyste.*** *Von Dr.* ***Ziegler.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1894. 6. — Centralbl. f. innere Medicin. 1894. 28.)*

Ein 23jähriger Stationstaglöhner war mit der linken Oberbauchgegend zwischen zwei Puffer gerathen und gequetscht worden. Die unmittelbaren Folgen der Verletzung waren Hämoptoe, blutiger Harn, Singultus, kein Erbrechen und natürlich Schmerzen in der betroffenen Partie, der Magengegend. Diese Erscheinungen waren jedoch bald überwunden. In der dritten Woche nach der Verletzung liess sich, unter Wiedereintritt von Schmerzen, unter dem Rippenbogen eine circa apfelgrosse, pulsirende, elastische Geschwulst erkennen, die sich in den nächsten Tagen nach der Mittellinie zu vergrösserte. Die Geschwulst verursachte Schmerzen und Druckgefühl bei etwas reichlicherer Nahrungsaufnahme, öfteres Erbrechen, selbst Zeichen von Darmverschluss. Eine Punction lieferte einmal lackfarbenes dunkles Blut, ein anderes Mal eine schwarzbräunliche Flüssigkeit mit rothen und weissen Blutkörperchen. Trotz genauer Beobachtung konnte man sich nicht zu einer sicheren Diagnose entschliessen; Verf. bespricht hierbei die in Frage kommenden Cystenbildungen (abgekapselter Bluterguss im Cavum peritonei, Cysten des Pancreas, des Netzes, der Leber etc.). Die Laparotomie zeigte, dass eine ausgedehnte Cyste der vorderen Magenwand vorlag; die Punction, bei welcher drei Liter einer braunschwarzen Flüssigkeit entleert wurden, brachte dauernde Heilung. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um ein sogenanntes Decollement traumatique gehandelt habe, wie es bei schiefem Auftreffen einer Gewalt mitunter an der äusseren Bedeckung und am Periost beobachtet wird, um ein Abdrängen einer Schicht der vorderen Magenwand von der anderen mit secundärer Ansammlung eines aus Lymphe und etwas Blut bestehenden Extravasats.

733. ***Ueber Anasarca nach Urinretention ohne Albuminurie.*** *Von* ***Lépine.*** *Vortrag am XI. internationalen medicinischen Congress in Rom.*

Trousseau und viele andere französische Aerzte haben aufmerksam gemacht auf die Beziehung, welche zwischen Anasarca und Urinretention besteht. Die Ausdehnung der Blase ist begleitet von einem erhöhten Druck in den Ureteren. In diesem Falle functioniren die Nieren abnorm, wie man vergleichenderweise beim Hunde studiren kann, indem man den einen Ureter sich normal entleeren lässt, in den anderen einen Tubus einführt, dessen Oeffnung bis zu einer gewissen Höhe geht. Auf dieser letzteren Seite erleidet die Niere einen gewissen Druck durch die



Urinsäule, so weit man ihn zu steigern wünscht. Nun kann man feststellen, dass, wenn der Druck nicht zu hoch ist, die Urate fast ebenso gut ausgeschieden werden auf der Seite des erhöhten Druckes, während die Quantität des Urins sich bedeutend vermindert. Dieser Urin enthält nicht nothwendig Eiweiss, selbst wenn die Drucksteigerung 60 Cm. beträgt und wenn die Urinmenge um das 4—5fache vermindert ist; aber eine Bedingung, welche dem Vortr. wesentlich zu sein scheint, um das Auftreten von Albumin zu vermeiden, ist die, dass der Druck ein gleichmässiger, kein wechselnder ist. Indem wir diese experimentellen Ergebnisse auf die klinische Beobachtung übertragen, ist zu notiren, dass das Chlornatrium sich gewöhnlich verhält wie die Urinquantität und nicht im festen Verhältnisse steht zur Uratausscheidung. Wir müssen also sagen, dass das Fehlen der Urinausscheidung eine Hydrämie herbeiführen wird, und in Folge dessen einen Zustand, der der Herbeiführung eines Anasarca bei einem kachektischen Individuum günstig ist, und dass trotzdem der Urin frei von Eiweiss bleiben kann, wenn keine brüsken Druckvermehrungen in den Ureteren stattfinden.

734. ***Ueber nervöse Folgeerscheinungen einer Erschütterung der Wirbelsäule.*** *Von Dr. **C. G. Freund,** Breslau. (Neurol. Centralbl. 1894. 12. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 61.)*

Ein 28jähriger Mann fiel beim Reckturnen gerade auf die Scheitelhöhe. Er hatte zwar nur eine kurze Ohnmacht, konnte auch gleich wieder sprechen, er hatte aber das Gefühl, als ob er alle Glieder verrenkt und gebrochen. In einem Korbe nach Hause getragen, war er nach acht Tagen schon wieder im Stande, für kurze Zeit das Bett zu verlassen und nach einem Monat hatte er fast die ganze Gebrauchsfähigkeit seiner Gliedmassen wieder erlangt. Die Blasen- und Rectumfunction war immer normal gewesen. Nach zwei Monaten waren bei ihm folgende Symptomengruppen nachzuweisen: 1. Druck auf den untersten Halswirbel und die drei obersten Brustwirbel wird als schmerzhaft empfunden. An den Raumparästhesien der Hautäste im Gebiet des N. medianus und ulnaris. 2. Patient klagt, dass der linke Arm leichter ermüde. Die unteren Partien des Cucullaris zeigen sich auf elektrische Reizung unerregbar. 3. Mässige Erweiterung der linken Pupille und Lidspalte, mässige Protrusion des linken Bulbus, d. h. Reizungserscheinungen von Seite des Sympathicus. Nachdem die Paresen unter eingehender elektrischer Behandlung sich gehoben hatten, entwickelten sich dann im Laufe der Zeit Reizerscheinungen, cutane Hyperästhesie, namentlich an den Fingerkuppen Ueberempfindlichkeit gegen Nadelstiche, sehr starkes Jucken. Der linke Rhomboideus gerieth schon durch Nadelstiche, die an entfernteren Körpergegenden applicirt wurden, in Zuckung. Diese Erscheinungen besserten sich unter Bettruhe, Vollbädern, Bromsalzen. Ein nach Monaten eintretender Rückfall besserte sich unter derselben Behandlung. Es handelt sich nach Vorstehendem sicher um eine leichte Läsion des Rückenmarkes. Die angeführten Erscheinungen am linken Auge, die Parese des Cucullaris und die Sensibilitätsstörungen am Arm wollte Verf. zuerst auf eine einheitliche Ursache, d. h. auf eine Zerrung der Nervenwurzeln an



den oberen Brustwirbeln zurückführen, darauf wies auch die Druckempfindlichkeit dieser Wirbel hin. Da aber die untere Partie des Cucullaris nicht mehr von Spinalnerven innervirt wird, so ist Verf. jetzt geneigt, die Parese dieses Muskels auf eine medulläre Erweichung, und zwar innerhalb zum N. accessorius gehöriger Ganglienzellen zurückzuführen. Für die Reizphänomene möchte Verf. Regenerationsvorgänge innerhalb der Nerven verantwortlich machen.

735. ***Ueber die Bedeutung des Herzmuskels für die Symptome und den Verlauf der acuten Endocarditis und der chronischen Klappenfehler.*** *Von Dr.* ***E. Romberg****, Leipzig. (Deutsches Archiv f. klin. Med. LIII. Bd. Heft 1 u. 2. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 32.)*

Die klinischen am Herzen beobachteten Erscheinungen einer acuten verrucösen Endocarditis lassen beim Rheumatismus sich keineswegs sämmtlich durch die Läsion der Klappen allein erklären, sondern es müssen dazu die Veränderungen des Herzmuskels herbeigezogen werden, welche sich auch bei zwei zur Section gekommenen Fällen vorfanden, nämlich ausser Verfettung eine acute Entzündung des Myocards und die ausgebreitete hyaline Thrombose kleiner Arterien des Herzens. Bei einem anderen Fall von frischer Endocarditis der Aortaklappen, welche symptomlos verlaufen war, waren die Veränderungen im Herzmuskel ganz unbedeutend, ebenso verhält es sich bei der oft symptomlos verlaufenden Endocarditis der Carcinomatösen und Phthisiker. Die Muskelerkrankung bei verrucöser Endocarditis speciell des acuten Gelenkrheumatismus trägt sehr viel bei zur Klappeninsufficienz, ebenso zur Dilatation der Herzhöhlen, zur Schwäche und Arhythmie des Pulses; ebenso können Steigerung und Verlangsamung der Pulsfrequenz von einer Erkrankung des Herzmuskels abhängen, so dass alle diese Symptome auch allein von einer Herzmuskelerkrankung verursacht sein können. Die Art der Muskelerkrankung kann noch nicht genauer bezeichnet werden, doch kommen ausser den anatomischen Veränderungen auch noch functionelle Schädigungen in Betracht. Bei den chronischen Klappenfehlern sind Muskelerkrankungen ebenfalls sehr bedeutungsvoll, namentlich interstitielle Myocarditis und Gefässveränderungen. Erstere führt secundär zur Schwielenbildung und diffuser Sclerose. Die Sclerose der Arterien ist ebenfalls entzündlicher Natur. Die Myocarditis entsteht durch Fortpflanzung vom Pericard oder Endocard oder unabhängig davon durch intercurrente Infectionskrankheiten, namentlich beim Gelenkrheumatismus, wie selbst beobachtete Fälle des Verf. beweisen. Die in keiner Beziehung zur Art des Klappenfehlers oder der Zeit seines Bestehens stehende Ausdehnung und Art der Myocarderkrankung erklärt die Störungen der Herzthätigkeit genügend. Letztere sind Arhythmie, Versagen der Herzkraft, mangelhafte Thätigkeit des musculösen Verschlussapparates der Ostien.



Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

736. ***Mechanotherapeutische Mittheilungen.*** *Von Doctor* ***Anton Bum.*** *(Wiener med. Presse. 1892. 46. 1893. 1. — Prager med. Wochenschr. 1894. 30.)*

I. Die physiologische Wirkung der Bauchmassage bei habitueller Obstipation. II. Zur physiologischen Wirkung der Massage auf den Stoffwechsel.

I. Verf. bespricht nach Classificirung der Krankheiten, welche uns zur Bauchmassage wegen habitueller Stuhlverstopfung übergeben werden, den Einfluss, welchen methodische Massage, verbunden mit Gymnastik, auf Behebung der Obstipation hat. Verf. ist der Ansicht, dass die Bauchpresse eine continuirlich wirkende, physiologische Massage des Darms bewirkt, und deshalb eine Atrophie der Bauchmusculatur und mangelhafte Uebung der Bauchmuskel, z. B. in Folge sitzender Lebensweise, von nachtheiligem Einfluss auf die peristaltische Bewegung des Darmes sein kann. Demgemäss ist es unsere Aufgabe, bei der Behebung der ersten Art der habituellen Obstipation, das ist jener Form, bei welcher habituelle Stuhlträgheit bei schlaffen Bauchmuskeln vorkommt, durch die Massage der Bauchdecken allein, also durch die mechanische Behandlung die Ursache und damit das Leiden selbst zu beheben. Bei der zweiten Gruppe chronischer Stuhlverstopfung handelt es sich nach Verf. um Ursachen der Obstipation, die im Allgemeinen als Atonie des Darmes bezeichnet werden, und auch hier ist die mechanische Reizung der sympathischen Ganglien und Nerven, durch welche Reflexe der glatten Muskelfasern der Darmwand ausgelöst werden, im Stande, die Peristaltik des Darmes zu heben und dadurch günstig auf die Darmfunction einzuwirken. Es wird deshalb die Massage des Unterleibes bei habitueller Obstipation beiden causalen Indicationen, das ist der Stärkung der Muskeln der Bauchdecken, sowie der Reizung der Musculatur des Dickdarmes begegnen, und damit wird die vorwiegend muskelübende mechanische Behandlung das sehr verbreitete Leiden beheben können. Nur für diese 2 Arten der Obstipation, bedingt durch Bauchmuskelschwäche oder Atonie des Darmes, verspricht sich Verf. einen günstigen Einfluss der Bauchmassage, in anderen Fällen wird die Mechanotherapeutik keinen Erfolg aufzuweisen haben.

II. Betreffend die physiologische Wirkung der Massage auf den Stoffwechsel, kommt Verf. auf die günstige Beeinflussung der allgemeinen Körpermassage auf die Diurese zu sprechen. Die bisherigen Versuche, den Einfluss der Massage auf die Harnsecretion betreffend, gaben widersprechende Resultate, so dass sich Verf. veranlasst sieht, noch einmal den Zusammenhang zwischen Harnsecretion und Massage zu prüfen. Die Thierversuche, durchwegs an curarisirten und künstlich respirirenden grösseren Hunden vorgenommen, ergaben regelmässig Steigerung der Harnsecretion während der Massage, als deren Ursache die während der Massage aus der Musculatur in den Kreislauf gelangenden Stoffe erkannt wurden. Hieraus entspringt die Beantwortung zweier Fragen; nämlich, welche Muskelstoffe sind es, die harnerregend wirken, und zweitens



alterirt die Massage die chemische Zusammensetzung des Harnes, und in welcher Weise? Die Beantwortung der ersten Frage unterlässt der Verf., dagegen konnte er bezüglich der Lösung der zweiten Frage durch zwei Versuche, welche an der Klinik *Nothnagel* an zwei Kranken vorgenommen wurden, wenigstens einigermassen befriedigende Resultate erzielen. Es lässt sich hervorheben, dass durch allgemeine Körpermassage die Diurese begünstigt, und dass namentlich Muskelknetung und Muskelbewegung von auffallendem Erfolge begleitet sind. Die Harnstoffausscheidung verhält sich dabei nicht ganz gleichmässig, dagegen war eine deutliche Zunahme der Harnmenge erkenntlich, wenn auch zwischen Diurese und Harnstoffausscheidung kein deutlich ausgesprochener Parallelismus erzielt wurde.

737. ***Ueber die Verwerthung des Opiums bei der Behandlung der Larynxstenosen im Kindesalter.*** *Von Dr. C. Stern. (Therapeut. Monatshefte. 1894. 5. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 28.)*

Verf. empfiehlt, gestützt auf mehrjährige Erfahrung, die Behandlung der croupösen Larynxstenose mit Opium (2—5 Tropfen täglich 1—3 Mal). So wie die Stenosenerscheinungen im Allgemeinen bei Aufregung stärker, im Schlaf schwächer werden, sieht man mit dem Eintritt der Opiumwirkung den Hustenreiz nachlassen und die Athmung freier werden. In einigen Fällen konnte durch diese Behandlung die Tracheotomie direct umgangen werden und Verf. glaubt, dass sich bei frühzeitiger Anwendung die schweren Stenosensymptome öfter hintanhalten lassen; jedenfalls sei das Opium als werthvolles Hilfsmittel zu betrachten, auch wenn die Tracheotomie später noch nöthig werde; so konnten einzelne Kinder, wenn aus äusseren Gründen nicht sogleich operirt werden konnte, noch bis zu 16 Stunden bis zur Tracheotomie hingehalten werden; auch erforderte die Narcose nach Opiumdarreichung geringere Mengen Chloroform.

738. ***Eine neue Behandlung des Keuchhustens.*** *Von Dr. J. Raubitschek, Karolinenthal. (Therap. Monatsh. 1894. 22.)*

Im Sommer (Juli) 1893 war Verf. genöthigt, seine eigenen 3 Kinder im Alter von 2—8 Jahren an Keuchhusten zu behandeln; nachdem er in seiner 15jährigen Praxis alle Mittel und Methoden, die angegeben und durchführbar sind, mit geringem oder gar keinem Erfolge angewendet hatte, griff er, da er gerade Rachendiphtherien mit Sublimatauswaschungen mit Erfolg behandelte, zu diesem Mittel — und das Resultat ist bis jetzt ein äusserst günstiges, denn alle 14 Kinder, die er seitdem dieser Behandlung unterzog, wurden binnen 8—16 Tagen theils geheilt, theils wesentlich gebessert. Die Besserung trat meist am 2. bis 3. Tage auf und gab sich in leichteren und selteneren Anfällen kund. — Die Methode der Behandlung ist folgende: Man führe ein mit Sublimatlösung (100·0 Aqu. dest.: 0·1 Hydrarg. bichlor. corr.) gehörig durchtränktes Wattebäuschchen oder Pinsel in den Rachen, drücke es gegen den hinteren Zungengrund, so dass die Flüssigkeit den Kehldeckel und die benachbarte Schleimhaut ordentlich benetze, und im Herausziehen bestreiche man die Mandeln, das Zäpfchen und den weichen Gaumen, wenn möglich in einer Sitzung. Diese



Auswaschung genügt in schweren Fällen einmal täglich, in leichteren jeden zweiten Tag. Eine Sublimatvergiftung ist nicht zu befürchten; wie schon *Rennert* (Therap. Lexikon, 2. Aufl., Wien, S. 452) ausführt. Nachdem diese Behandlung in allen Fällen bis jetzt äusserst günstige Resultate geboten, ersucht Verf. in geeigneten Fällen von derselben Gebrauch zu machen.

739. ***Die Heilung der Lungenactinomycose durch Jodkali.*** *Von Netter. (Société méd. des Hopitaux zu Paris. 3. Nov. 1893. — La France méd. 1893. 45.)*

Es handelte sich um eine 39jährige kleine und schwächliche Frau. Diese Frau war vor etwas länger als zwei Monaten von einer acuten linksseitigen sero-fibrinösen Pleuritis befallen. An der linken Thoraxseite ein harter Knoten, wie eine Haselnuss gross, unter der Haut am vorderen Ende der zwölften Rippe. später zeigte er Fluctuation. Eine 2 Cm. tiefe Incision entleert eine unbedeutende Menge eines nicht charakteristischen Eiters. Nach fast vierwöchentlicher Beobachtung kam man zu der Annahme, dass es sich um eine Actinomycose des Thorax handle. Einige Tage später fanden sich zum ersten Male in dem von der Fistel secernirten Eiter die für Actinomycose charakteristischen Granula, und ausser den Actinomycesrosen waren mikroskopisch keine anderen Mikroben nachzuweisen. Man verzichtete auf einen chirurgischen Eingriff, da man weiss, dass analoge Fälle trotz der allerradicalsten Operation tödtlich verlaufen sind. Dagegen wurde ein Versuch mit dem internen Gebrauch von Jodkali gemacht, dessen Wirksamkeit bei der Actinomycose der Kinder von *Thomasset* und *Nocard* dargethan war. Die Patientin erhielt also mit einigen kurzen Unterbrechungen 25 Tage lang Jodkali in Dosen von 1—6 Grm., doch wurden hohe Dosen gleich von Anfang an gegeben. Der Effect war ein fast augenblicklicher und geradezu wunderbarer. Vom zweiten Tage an besserte sich der Allgemeinzustand, der Appetit hob sich, und ebenso schnelle Fortschritte machten die günstigen Veränderungen an der Wunde, der Rückgang des Oedems und des pleuritischen Ergusses. Nach Ablauf der genannten Zeit war die Patientin als geheilt zu betrachten. Was die Jodkali-Therapie betrifft, so hat *Thomassen* (Utrecht) zuerst die Wirksamkeit derselben bei der actinomycotischen Glossitis der Rinder festgestellt. In mehr als 80 mit Jodkali behandelten Fällen war kein einziger Misserfolg zu verzeichnen. Diese günstigen Erfolge sind von amerikanischen Thierärzten für die Kiefer- und Visceralactinomycose bestätigt worden. Es lag nunmehr nahe, dieselbe Therapie beim Menschen zu erproben. Das war schon, ohne dass Redner s. Z. davon Kenntniss hatte, von *Nocard* in vier Fällen, und zwar mit dem besten Heilerfolg geschehen; es handelte sich in diesen vier Fällen um Actinomycose des Mundbodens mit schon bestehender Perforation der Regio submaxillaris und den Symptomen der Angina Ludovici, um eine actinomycotische Perityphlitis, um eine Actinomycose des Kiefers mit eiternden Geschwüren der Augen- und Ohrengegend, endlich um eine Actinomycose der linken Kieferhälfte, die weiterhin Kinngegend, Hals und Sternum ergriffen hatte. — Später ist noch von *Meunier* (Tours) ein ähnlicher Erfolg der Jodkalibehandlung berichtet worden. Was



die Wirkungsweise desselben betrifft, so handelt es sich offenbar um eine specifische; man kann vorläufig nur annehmen, dass das Medicament nicht den Parasiten, sondern die Zellen des Körpers beeinflusst, denn *Nocard* konnte zeigen, dass sich der Pilz ungehemmt auf einer Nährgelatine entwickelt, der 1% Jodkali zugesetzt ist.

740. ***Die Behandlung der Nephritis.*** *Von* ***Da Costa.*** *(Med. News. 1894. April 21. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 30.)*

Verf. berichtet ausführlich über mehrere Fälle von acuter und chronischer Nephritis und schliesst hieran Bemerkungen über die Anwendung des Strontium lacticum bei Nierenleiden. Dasselbe ist demnach ein sehr schätzbares Diureticum, vorzugsweise bei acuten, weniger bei chronischen Formen der Nephritis. Dem entsprechend ist bei Anwendung des Salzes eine beträchtliche relative Verminderung des Eiweissgehaltes zu constatiren; es ist aber auch eine, jedoch nicht bedeutende, Abnahme der absoluten (Tages-) Eiweissmenge zu beobachten. Die Frage, ob das Mittel nur auf die secretorische Function oder auch auf die krankhaften Veränderungen in der Niere einwirkt, ist noch nicht endgiltig entschieden; ersteres ist wahrscheinlich.

741. ***Zur Behandlung der Epilepsie.*** *Von Prof.* ***Flechsig.*** *(Neurol. Centralbl. April 1893. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 60.)*

Die auf theoretische Erwägungen und praktische Erfahrungen gegründete Methode des Autors besteht in der Darreichung allmälig gesteigerter Dosen von Extract. Opii, indem man mit 0·06 Grm. dreimal täglich beginnt und allmälig bis zu 0·9 Grm. steigt; man setzt diese Behandlung ungefähr 6 Wochen fort. Dann setzt man Opium aus und gibt Bromkali, 7 Grm. in 24 Stunden. Gerade der brüske Wechsel mit beiden Medicamenten scheint dem Autor wesentlich. Das Opium soll nur den Zweck haben, dem Brom gewissermassen den Weg vorzubereiten und die Intensität seiner Einwirkung zu erhöhen.

742. ***Ueber in Vergessung gerathene Indication zur Dehnung der Nervenstämme.*** *Von Dr.* ***A. Podres.*** *(Medicina 1894. 3 u. 4. — Beilage zur St. Petersburger Ztg. 1894. 5.)*

Die von *Nussbaum* und *Billroth* vorgeschlagene Nervendehnung ist in neuerer Zeit fast ganz in Vergessenheit gerathen, weil die Indicationen zur Dehnung bis jetzt nicht präcisirt worden sind und weil man sich von der Operation zu viel versprochen hat. Verf. beobachtete einen sehr interessanten Fall von Amputationsneurose (die Amputation war im oberen Drittel des Unterschenkels ausgeführt worden) bei einem 47jährigen Herrn. Die rechte complicirte Neurose (starke Hyperästhesie am Stumpf, ziehende Schmerzen, unangenehme Gefühle der entfernten Extremitätentheile, Schlaflosigkeit, Hallucinationen etc.) entwickelte sich im Verlauf einiger Jahre nach der Amputation. Es wurden verschiedene Mittel angewandt, sowohl innere, als auch chirurgische (Ausscheidung der Amputationsnarbe, Befreiung der eingeklemmten Nervenzweige etc.), doch brachten dieselben nicht den gewünschten Erfolg. Verf. entschloss sich zur blutigen Dehnung des Ischiadicus. Dieser Nerv erwies sich bei der Operation eingehüllt in sclerosirtem Zellgewebe, so dass es sehr schwer war, ihn zu isoliren. Schliess-



lich gelang es, ihn in die Wunde zu ziehen und auf diese Weise stark zu dehnen. Bei der Zurücklagerung erwies sich der Nerv so stark gedehnt, dass er an seine ursprüngliche Stelle nicht mehr hineinpasste und Schlingen bildete. Nach der Operation schwanden allmälig alle Symptome der Amputationsneurose.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

743. ***Eine blutlose Operation der Hämorrhoiden.*** *Von Dr. **Manley**. (Boston med. Journ. 1894. 10. April. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 39.)*

Von der Anschauung ausgehend, dass die Bildung der Hämorrhoidalknoten beim Manne ein physiologisch-degenerativer Process ist, der im späteren Lebensalter geringe, im mittleren dagegen oft schwere Störungen nach sich zieht, und dass die bisher üblichen blutigen Operationsmethoden nicht absolut sichere Heilung erzielen, empfiehlt Verf. Folgendes: Nach vorhergehender Laxation und Desinfection der in Rede stehenden Theile wird der Anus durch Cocaininjectionen anästhesirt. Nach mechanischer Dilatation des Sphincter ani werden nun die Hämorrhoidalknoten sorgsam abgetrocknet, jeder derselben mit den Fingern an seiner Basis gefasst, gestreckt und zuletzt völlig zu einer breiigen Masse zermalmt. Dann wird die ganze Masse über den Sphincter zurückgeschoben, ein Opiumsuppositorium eingeführt und tamponirt. Die Mucosa und Submucosa bleiben dabei völlig intact. Das Verfahren hat eine beträchtliche, aber schmerzlose, zu Atrophie und Resorption der zerstörten varicösen Massen führende Entzündung zur Folge. In 32 so behandelten Fällen trat kein Recidiv ein.

744. ***Ein Fall von Symphyseotomie.*** *Von **Flatau**. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 14 — Allg. med. Central.-Ztg. 1894. 59.)*

In der medicinischen Gesellschaft in Nürnberg berichtete Verf. über einen Fall von Symphyseotomie, welche er an einer 21jährigen schwächlichen, am normalen Ende ihrer Schwangerschaft stehenden Primipara ausgeführt hat. Sie hatte seit zwei Tagen gekreisst, das Fruchtwasser war vor etwa 16 Stunden abgeflossen. Die Untersuchung ergab: I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Herztöne kräftig, zwischen 140 bis 150; Puls der Mutter 110, Hauttemperatur erhöht, Pupillen glänzend, Muttermund nahezu verstrichen, geringe Kopfgeschwulst, Conjugata diagonalis 9—9½ Cm. Distantia spin. 24·0, cryst. 27·5, Conjug. ext. 18·0. Nachdem die hohe Zange vergeblich angelegt worden war, wurde in die Symphyseotomie eingewilligt. Die Operation wurde in der gewöhnlichen Weise ausgeführt; eine starke Blutung stand auf Tamponade mit Jodoformgaze. Nachdem der Symphysenspalt sich auf 4—5 Cm. erweitert hatte, langte der Kopf auf dem Beckenboden an und wurde leicht durch die Zange entwickelt. Während das tief asphyctische Kind zum Leben gebracht wurde, hatte die Mutter die Nachgeburt spontan ausgestossen. Die Weichtheilsverletzungen waren ganz gering. Dann wurde die Wunde geschlossen. Das Kind, welches das *Cheyne-Stokes*'sche Athmungs-



phänomen darbot, als dessen Ursache eine thalergrosse, sehr tiefe, auf die Versuche mit der hohen Zange zurückzuführende Impression auf dem rechten Seitenwandbein angesehen werden musste, starb nach 6 Stunden. In den ersten Tagen des Wochenbetts traten Temperatursteigerungen bis zu 39° auf, bedingt durch eine geringe uterine Infection, die sich am vierten Tage in einem rechtsseitigen perimetritischen Exsudat consolidirte. Am 23. Tage konnte die Patientin, wenn auch ängstlich und nach einer Stütze suchend, doch aufrecht und ohne Schmerzen gehen, nach weiteren 14 Tagen war sie völlig wieder hergestellt. Verf. kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Symphyseotomie dann immer den Vorzug vor dem Kaiserschnitt erhalten sollte, wenn 1. Hoffnung besteht, Mutter und Kind zu retten, d. h. nur bis zu einer Conjugata vera von 7 Cm.; 2. die äusseren hygienischen Verhältnisse gegen eine Laparotomie sprechen; 3. Anzeichen bestehen, dass die mütterlichen Geburtswege schon inficirt sind.

745. ***Die operative Therapie der Luxatio coxae congenita.*** *Von Prof. Dr.* ***Adolf Lorenz,*** *Wien. (Allg. Wiener med. Ztg. 1894. 15. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 61.)*

Verf. wendet sich gegen die *Hoffa*'sche Reductionsmethode, welcher bekanntlich der Gedanke zu Grunde liegt, dass das Haupthinderniss für die Herabholung des Schenkelkopfes in der Verkürzung der das Gelenk umgebenden Weichtheile, namentlich aber der vom Becken zum oberen Femurende ziehenden (pelvi-trochanteren) Muskeln gelegen sei. Nach Verf. beruhen die Hindernisse der Reduction vielmehr ganz einzig und allein auf der Verkürzung der mit der Achse des Schenkels parallel laufenden pelvi-femoralen Muskeln (Tensor fasciae latae, innerste Stränge des Adductor magnus) und der pelvi-cruralen Muskeln (Sartorius, Rectus cruris, gracilis, Semimembranosus, Semitendinosus und Biceps femoris), und seine Methode hält an dem Grundsatze fest, dass die Insertionen aller Muskeln erhalten bleiben und dass überhaupt der Bewegungsapparat des Hüftgelenkes möglichst geschont werden muss. Die Details der Operation sind in Kürze folgende: das Gelenk wird auf dem Wege der Durchtrennung des Tensor fasciae latae mittelst eines von der Spina anterior superior nach abwärts ziehenden Längsschnittes, dem ein kleiner Querschnitt in der Höhe des Trochanters beigefügt wird, von vorne her freigelegt. Rectus cruris und Sartorius bleiben intact, die vordere Kapselwand wird freigelegt und mittelst Kreuzschnittes gespalten. Es folgt die Ausschneidung der Pfanne und, wenn nöthig, die Formirung des Kopfes; durch kräftigen Zug (eventuell mit Extensionsschraube) wird derselbe bis zum Pfannenniveau herabgeholt. Im äussersten Falle erleichtert man sich die Reduction durch Tenotomie der Kniekehlensehnen. Der sorgfältigen Pfannentoilette folgt die Reposition des Kopfes und Fixirung des Beines in leichter Adduction. In der vierten Woche nach der Operation beginnt die Massage- und gymnastische Behandlung, welche durch Jahresfrist fortzusetzen ist. Die Vortheile dieser Methode sind: geringfügige Verletzung und Erhaltung des gesammten Muskelapparates, daher leichtere Wiederherstellung der Function. Die Pfanne liegt in der vorderen Wunde oberflächlicher als in der hinteren und die Zugänglichkeit zu der-



selben ist eine vollkommen ausreichende. Nach dieser Methode hat Verf. bis Ende Februar 1894 63 luxirte Hüftgelenke operirt. Eine Detaillirung dieser Fälle gedenkt Verf. zu geben, wenn dieselben vollständig abgelaufen sein werden. Einige Fälle, welche vor nunmehr 1½ Jahren operirt wurden, haben ein so glänzendes Resultat ergeben, dass von dem Luxationshinken nicht die leiseste Spur zu erkennen ist. Als Ziel der operativen Behandlung wird demnach nicht nur eine Besserung, sondern in geeigneten Fällen die vollständige Heilung des Gebrechens zu betrachten sein.

746. ***Zur Narcotisirungsstatistik.*** *Von Prof. **Gurlt**, Berlin. Verhandl. d. XXIII. Congresses der deutschen Gesellschaft f. Chir. (Vierter Bericht. 1893. 4. — Centralbl. f. Chir. 1894. 30.)*

Im laufenden Jahre sind Berichte eingegangen über 33.083 Chloroform-, 11.669 Aether-, 3896 gemischte Chloroform- und Aethernarcosen, 750 Narcosen mit der Chloroform-Aether-Alkoholmischung, 2986 mit Bromäthyl (in 169 Fällen combinirt mit Chloroform oder Aether oder beiden), 91 mit Stickoxydul. Lässt man die letzteren, nur beim Zahnziehen benutzt, aus dem Spiel, so bleiben 52.384 Narcosen mit 21 Todesfällen = 1 : 2494. Alle vier Beobachtungsjahre zusammen geben ein Beobachtungsmaterial von 166.812 Chloroformnarcosen mit 63 Todesfällen = 1 : 2647, 26.320 Aethernarcosen mit 2 Todesfällen = 1 : 13.160, 8014 gemischte Chloroform- und Aethernarcosen mit 1 Todesfall = 1 : 8014, 4190 Chloroform-Aether-Alkoholnarcosen mit 1 Todesfall = 1 : 4190, 7541 Bromäthylnarcosen mit 2 Todesfällen = 1 : 3770 und 597 Pentalnarcosen mit 3 Todesfällen = 1 : 199. Im laufenden Jahre ergab die Chloroformnarcose eine ganz besonders grosse Mortalität, 1 : 1946, die Aethernarcose 1 : 5834. Dementsprechend ist denn auch die Anwendung des Chloroforms in der Häufigkeit in Deutschland zurückgegangen (33.000 Fälle gegen 38.400), während gestiegen sind die Verwendung des Aethers (11.600 gegen 6200), Chloroform und Aethers (3800 gegen 1200) und Bromäthyl (2900 gegen 2000). Unter den 3182 Anwendungen des *Pictet*'schen Eischloroforms sind 2 tödtlich gewesen. — Narcosenlähmungen werden 9mal erwähnt, 2mal am N. rad., 3mal am Plex. brach., 3mal nach Laparotomien, 1mal nach Achselhöhlenausräumung. — Als nachtheilig war von allen Beobachtern bei der Aethernarcose die bedeutende Vermehrung der Speichel- und Schleimabsonderung, wie die Anregung von Bronchitis und Pneumonie angegeben. Bei der Anwendung des *Wanscher*'schen Apparates zur Narcotisirung soll man mit der Hälfte der Aethermenge auskommen, wie mit dem *Julliard*'schen Apparat.

747. ***Eine neue Operation zur Heilung von Stricturen des Rectums und der Flexura sigmoidea.*** *Von **Jos. B. Bacon**. (**Mathews**' Medical Quarterly. Bd. I. Wiener klin. Wochenschr. 1894. 28.)*

Die Operation eignet sich nur für ringförmige Narbenstenosen und besteht darin, dass man die Flexura sigmoidea herabzieht und so an das Rectum anlegt, dass zwischen den beiden Darmtheilen eine Anastomose möglich ist, welche die Strictur umgeht. Diese Anastomose wird zunächst mit Hilfe von ***Mathews*** Knopf (einer zweitheiligen Hemdknopfcanüle) ganz eng angelegt, und zwar wird nach der Laparotomie die eine Hälfte in das



S romanum eingesetzt, die andere Hälfte wird mit einer eigenen Zunge vom Anus aus in das Rectum geschoben, durch die Darmwand durchgestossen und mit der im S romanum sitzenden Hälfte vereinigt. Die aneinander liegenden Wände des Rectums und S romanum werden noch durch einige Nähte aneinander fixirt. Nach einigen Tagen fällt die Hemdknopfcanüle heraus und man führt vom Anus aus durch die Anastomose die eine, durch die Narbenstenose die andere Branche einer Klemmzange, welche dann geschlossen wird und an der Stelle der Strictur die Darmwände durchtrennt, so dass die Strictur um das ganze Caliber des so eröffneten Darmtheiles (Flexura sigmoidea oder Rectum, je nach dem Sitze der Stenose) erweitert wird. Bei tief im Rectum gelegener Strictur kann man auch mit sacralem Schnitt als Voroperation die Darmanastomose herstellen; dabei kommt das herabgezogene S romanum an die hintere Wand des Rectums zu liegen, während bei Laparotomie seine Lage an der vorderen Rectalwand ist. Verf. hält diese Methode für sicherer als die Excision der Strictur mit nachfolgender Naht; er hat nach Vorversuchen an Hunden einmal am Menschen mit Erfolg operirt. Die Operation ist gut ausgedacht; die Fälle, für welche sie sich eignet, sind aber recht selten.

748. ***Ueber operative Abortivbehandlung der Osteomyelitis.*** *Von Dr. Karewski. Verhandl. am XXIII. Congr. der deutschen chir. Gesellsch. (Centralbl. f. Chir. 1894. 30.)*

In der chirurgischen Poliklinik des jüdischen Krankenhauses, sowie in seiner Privatpraxis steht Verf. ein sehr grosses Material von Osteomyelitisfällen zur Verfügung, unter denen allerdings die frischen Fälle Ausnahmen bilden. Immerhin verfügt Verf. über 14 für die Frage der Frühoperation zu verwerthende Beobachtungen, d. h. über solche, die innerhalb der ersten 10 Tage zur Operation kamen, bei denen nicht schwere Erscheinungen allgemeiner septischer Infection jede Aussicht auf Erfolg abschnitten, und auch die localen Erscheinungen zunächst gar keine oder nur geringfügige Eiterung erkennen liessen. Nur unter solchen Umständen kann man von einer wirklichen Frühoperation sprechen. Ausgedehnte Eiterung, Necrosen, innere Metastasen gefährden stets das Leben und die befallene Extremität. Der Schwerpunkt unserer therapeutischen Bestrebungen ist darauf zu legen, dass die acute Osteomyelitis in ihrem ersten Beginn erkannt werde, zu einer Zeit, wo die ersten Erscheinungen der Inflammation auftreten, Fieber, Schmerz und Functionsstörung, Schwellungen an der befallenen Extremität. Die Diagnose zu stellen ist nicht so schwer, wenn man sich erinnert, dass namentlich bei jungen Kindern andere dergleichen Erscheinungen verursachende Krankheiten ungemein selten sind. Von den 14 Fällen wurden 6 operirt, bevor überhaupt eine Eiterung nachweisbar war. Hier zeigte bei der Operation das Periost starke Hyperämie und missfarbige, ödematöse Beschaffenheit. Im Knochen fand sich hin und wieder eine haarfeine Fistel, aus der gerade ein Tropfen Eiter hervorsickerte, das Mark quoll aus dem aufgemeisselten Markcanal hervor, war blauroth hyperämisch und mit feinsten Eiterpunkten durchsetzt. In den anderen Fällen bestand bereits ein periostaler Abscess, und



waren dem entsprechend auch die Veränderungen des Markes hochgradiger. Von den ersten 6 Fällen standen nachweislich 3 am 3.—4. Tage, 3 am 4.—7. Tage der Erkrankung, von anderen 5 am 4—6., 3 am 7.—10. Tage. Von der ersten Reihe hatte keiner, von der anderen 6 anderweitige — bereits bestehende oder im weiteren Verlauf sich entwickelnde — Herde. Verf. hat stets den betreffenden Knochen in ganzer Länge aufgemeisselt und das kranke Mark total evidirt. Die Operation ist unbedenklich und wird von den jungen Kindern, sofern sie mit genügender Sorgfalt vor grossen Hämorrhagien vorgenommen wird, gut vertragen. Was die Resultate betrifft, so hatte Verf. unter diesen 14 Fällen keinen Todesfall zu beklagen und sah alle Kranken in dem Zeitraum von 3 Wochen bis 6 Monaten völlig genesen, ohne dass Necrosen oder Fisteln übrig geblieben wären. Wachsthumsstörungen oder Recidive wurden nicht beobachtet. — Eine Anzahl der jungen Kinder sind später an anderen Krankheiten gestorben. Jedoch präsentirt Verf. 3 Kinder, von denen ein Knabe vor fast 8, ein Mädchen vor fast 2 Jahren operirt ist, ein drittes erst vor 8 Monaten operirt, jetzt seit 4 Monaten geheilt ist. Hingegen verlor er einen 30jährigen Mann, der wegen Influenzaosteomyelitis bei bereits bestehender Septhämie aufgemeisselt wurde. Verf. möchte die Frühoperation als eine Abortivbehandlung der Osteomyelitis bezeichnen.

Laryngologie, Otiatrik und Ophthalmologie.

749. ***Ueber otitische Pyämie ohne Sinusphlebitis.*** *Von **Schwabach.** (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 11. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 39.)*

Verf. stellt zunächst einige Fälle aus der Literatur zusammen, bei denen es sich um das seltene Vorkommen von septicopyämischen Erscheinungen nach Mittelohreiterungen ohne Sinusphlebitis handelte. *Schwartze* (1867) sah nach Otitis media acuta metastatische Abscesse in den Lungen ohne irgend eine Veränderung des Sinus transversus; Aehnliches berichten *Politzer* (1882), *Chimani*, *Dalby* (1874), *Schmiegelow*. Genau beobachtet wurde vom Verf. ein Fall von pyämischen Erscheinungen nach chronischer Otitis media sinistra: Schüttelfröste, jähe Temperaturschwankungen, schmerzhafte Schwellung und Röthung am rechten zweiten Carpometacarpalgelenk und an der rechten Wade. Die dabei vorhandene Druckempfindlichkeit des Proc. mastoideus und der linken seitlichen Halsgegend im Verlaufe der Vena jugularis führte zur Diagnose „Thrombophlebitis sinus transversi". Bei der Eröffnung des Antrum mastoideus kein Eiter, sondern nur reichliche Granulationsmassen entfernt, im Sinus transversus flüssiges Blut. Kein Nachlass der pyämischen Erscheinungen, Tod drei Wochen nach der Operation. Bei der Obduction alle Hirnsinus ohne Veränderungen, im Felsenbein ein Cholesteatom des Mittelohrs, das in die mittlere Schädelgrube durchgebrochen war und eine Meningitis veranlasst hatte. Verf. berichtet sodann über einige, sämmtlich mit Heilung endigende Fälle von acuter Septicopyämie im Anschluss an eiterige Otitiden,

mit Metastasen in den Gelenken, Muskeln und im Unterhautzellgewebe, und beschreibt sodann eine eigene Beobachtung ausführlich. Ein 6jähriges Mädchen bekam nach Auskratzung der Rachenmandel eine doppelseitige Otitis media mit permanentem Fieber und grosser Schmerzhaftigkeit des rechten Proc. mastoideus, dessen Trepanation aber keinen Eiter ergab. Kein Nachlass der Fiebererscheinungen, Schmerzen beim Schlingen, sehr heftige Schmerzen im linken Arm, starke Druckempfindlichkeit des M. pectoralis major (ohne Röthung und Schwellung der Haut), nach zehn Tagen analoge Erscheinungen an der äusseren Seite des linken Oberschenkels. Heilung nach fünf Wochen. Verf. nimmt zur Erklärung der Schmerzen in den verschiedenen Muskeln eine vom Ohr ausgegangene infectiöse Polymyositis an. Auf eine Betheiligung des Sinus transversus oder cavernosus deutete kein Symptom hin, und diese für die Praxis ungemein wichtige Ausschliessung, respective Annahme einer Sinusphlebitis bestimmt das therapeutische Vorgehen in jedem Falle: Paracentese des Trommelfells, einfache Trepanation des Proc. mastoideus oder endlich Eröffnung des Sinus.

750. ***Zur Aetiologie der Stimmband-Carcinome.*** *Von Dr.* ***Egmont Baumgarten****, Budapest. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 40. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 39.)*

Verf. macht an der Hand zweier besonders lehrreicher Fälle, die er schon zu einer Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, als noch keine Spur eines Krebses vorhanden war, auf ein sehr wichtiges und bisher noch nicht berücksichtigtes Symptom bei Stimmband-Carcinom aufmerksam. Verf. hält bei Leuten über 40 Jahren bei Anwesenheit von Catarrhen, besonders wenn eine Stimmbandparese, oder — besser gesagt — beschränktere Beweglichkeit vorhanden ist, jede auf entzündlicher Basis auftretende submucöse Erhebung oder Schwellung für sehr verdächtig. Der Verdacht muss sich sofort steigern, wenn die bedeckende normale oder geröthete Schleimhaut verloren geht und die Geschwulst zu sprossen anfängt. In diesem Falle ist, bei Fehlen der meisten charakteristischen Symptome und trotz negativem mikroskopischen Befunde des auch von der Tiefe entnommenen Gewebtheilchens. bei etwas schnellerer Entwicklung und Ausdehnung des Processes sofort an ein Carcinom zu denken. Verf. würde in solchen Fällen auch gleich auf die Laryngofissur und partielle Resection dringen, denn nur in solchen beginnenden Fällen könnten wir bei ausgiebiger Exstirpation des ganzen Umkreises der erkrankten Theile hoffen, dass ein Recidiv vermieden werden kann.

751. ***Ueber Rostablagerung in der Hornhaut.*** *Von Dr.* ***Rudolf Gruber****, Wien. (Arch. f. Ophthalm. Bd. XL. Abth. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 60.)*

In die Hornhaut eingedrungene Eisenkörper verhalten sich ihrer chemischen Beschaffenheit nach in ihr verschieden. Das metallische Eisen- und das Eisenoxydul sind als in chemischer Beziehung different, das Eisenoxyd aber als indifferent anzusehen; Gemenge aus beiden, z. B. Hammerschlag, verhalten sich in desto höherem Grade chemisch reizend, je mehr die Oxydulquote die Oxydquote übersteigt. Die an das Eindringen eines Fremdkörpers

sich anschliessende, nach Extraction desselben zurückbleibende Rostablagerung in Form des sogenannten Rostringes ist, als nur aus Eisenoxydhydrat bestehend, in chemischer Beziehung indifferent und unschädlich. Der aus dem Fremdkörper in die umgebende Hornhaut übergegangene Rost stellt einen nur am Einstich mit dem Stichcanal zusammenhängenden Mantel dar, der sonst durch oxydfreie Partien von ihm getrennt ist. Auch bei nicht perforirenden Fremdkörpern kommt es sehr oft zur Oxydablagerung an der Descemetii. Die Rostablagerung ausserhalb des eigentlichen Fremdkörpers erfolgt ungemein rasch, so dass schon nach fünf Minuten, vielleicht auch schon in kürzerer Zeit, der Beginn des Rostringes ausgebildet ist. Dem Eindringen des Eisenoxyds gegenüber verhält sich das Hornhautepithel ausserordentlich widerstandsfähig, die Hornhautgrundsubstanz zeigt ein verschiedenes Verhalten.

752. ***Ueber die Anwendung eines neuen Mydriaticums, des Scopolamin, in der ophthalmologischen Praxis.*** *Von Prof. Dr. E. Baehlmann. Dorpat. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 20. — Therap. Monatsh. 1894, pag. 366.)*

Verf. überzeugte sich, dass das bromwasserstoffsaure Salz des Scopolamins reinere Wirkung zeigt, als das von ihm früher studirte chlorwasserstoffsaure Salz. Er hat nun ersteres seit zwei Jahren auf seiner Klinik ausschliesslich gebraucht, und will es daher noch einmal empfehlen. Es wirkt 5 Mal stärker als Atropin und genügt in einer Lösung von 1 pro Mille allen praktischen Bedürfnissen vollkommen. Es wirkt bei Entzündung des vorderen Bulbusabschnittes, namentlich bei Iritis, ungleich viel energischer und entzündungsniedriger als eine 1%ige Atropinlösung. Heftige Iritiden hat Verf. hierbei viel leichter und rascher verlaufen sehen, als das früher unter Atropinanwendung der Fall war. — Dabei beseitigt das Mittel auch die Schmerzen weit sicherer und rascher. Bei stärker concentrirten Lösungen (gelegentlich kamen auch ½—1%ige Solutionen in Anwendung) wurde eine maximale Wirkung auf die Pupille und zuweilen keine Wirkung auf den Allgemeinzustand beobachtet. Bisweilen indess traten unangenehme Erscheinungen, Kratzen im Halse, Trockenheit im Munde, Schwindel, Müdigkeit, Schlafbedürfniss, taumelnder Gang und ein der Trunkenheit ähnlicher Zustand auf. Scopolamin wirkt auf die Herzaction entgegengesetzt wie Atropin, indem es (wenigstens in kleinen Dosen) die Pulsfrequenz nicht wie Atropin vermehrt, sondern verlangsamt. Ebenso verhält es sich mit der Wirkung auf die psychischen Functionen. Atropin wirkt auf die Hirnrinde erregend, Scopolamin dagegen lähmend, respective die Erregbarkeit herabsetzend. Daher haften dem neuen Mittel nicht die unangenehmen Nebenwirkungen des Atropin an. Der Analogismus in dem Verhalten beider Mittel tritt deutlich hervor, wenn Scopolamin in Fällen zur Anwendung kommt, wo Atropin nicht vertragen wird. Alsbald, nachdem man letzteres durch Scopolamin ersetzt hat, hören die durch Atropin verursachten Störungen auf. Es tritt Euphorie ein, während die localen Wirkungen auf das Auge, die mydriatischen, sedativen und antiphlogistischen noch gesteigert werden. Das Scopolamin eignet sich nicht nur als Ersatz des Atropins: es ist demselben in jeder Beziehung überlegen.



753. ***Ein Fall von Gumma auf den Scleren.*** *Von J. F. **Wadsinsky**. (Wertnik Oftalmologie. 1892.)*

Verf.'s 22jähriger, angeblich nicht luetisch inficirter Patient, welcher an der Glans und an den Unterschenkeln theils Ulcerationen, theils Narben aufwies, hatte eine 1 Cm. grosse dunkelrothe schmerzlose Geschwulst am äusseren Limbus convexae mit kraterförmigem Geschwür in der Mitte, zugleich diffuse Retinitis. Heilung unter specifischer Therapie.

Dermatologie und Syphilis.

754. ***L'influence du traitement mercuriel sur les échanges azotés chez les syphilitiques.*** *Von **Froloff**. (Wratsch. 1893. 3. — Ref. im Journ. de malad. cut. et syph. 1893, pag. 248.)*

Bei der Meinungsverschiedenheit der Autoren über die Einwirkung des Hg auf den Stickstoffaustausch bei Syphilitikern ist es interessant, die Resultate, zu denen Verf. nach seinen von *Dobroklonski* geleiteten Untersuchungen gekommen ist, zu kennen. Die von ihm vorgenommenen Injectionen von Hg salicyl. in Lösungen vermehrten bei alten Syphilitikern den Stickstoffaustausch, während sie ihn bei frischer Syphilis herabsetzten. *Paul Neisser.*

755. ***Les néphrites de la syphilis, de la tuberculose et de la lèpre.*** *Von Dr. **Lancereaux**. (Clinique de l'Hôtel-Dieu. — Ref. im Journ. de malad. cut. et syph. 1893, pag. 55.)*

Verf. theilt die bei Syphilis, Tuberculose und Lepra vorkommenden Nephritiden in folgende Abtheilungen: 1. Specifische Erkrankungen (gummöse oder interstitielle circumscripte Nephritis bei Syphilis, totale oder disseminirte Nierentuberculose bei Tuberculose und Knoten in den Nieren bei Lepra); 2. Cachectische Erkrankungen (amyloide Degeneration bei allen drei Krankheiten) und 3. paraspecifische Erkrankungen (die sogenannte grosse weisse Niere, hervorgegangen aus einer Erkrankung des Epithels bei allen 3 Krankheiten). Diese letzte Abtheilung, welche im Gegensatz zu den sub 1 und 2 erwähnten, im Anfange der constitutionellen Erkrankung eintritt, fasst Verf. als eine durch die Ausscheidung der Toxine und die dadurch bedingte Schädigung des Nierenepithels auf. Ihre Symptome seien starke Anasarca und Albuminurie, verminderter, specifisch schwerer, dunkler Urin mit reichlichen Formelementen (Nierenepithelien, Cylindern, Leucocyten), leichtes Fieber, Rückenschmerzen. Während eine specifische Behandlung nicht nur keinen Nutzen, sondern häufig Schaden anrichte, empfiehlt er Milchdiät, heisse Bäder, Ableitungen nach der Lendengegend, blutige Schröpfköpfe, Abführmittel, Tinct. chin. und bei zögernder Heilung, um auf die Nierenepithelien zu wirken, Tinct. canthariid. 5—10 Tropfen. *Paul Neisser.*

756. ***Die Catarrhe der Haut, ihre Aetiologie und Therapie.*** *Von **P. P. Abramytschow**. Vortrag am V. Congress russisch. Aerzte. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 5.)*

Verf. berichtete über mehrere interessante Krankengeschichten: 1. Eine Frau, 30 a. n., litt 13 Jahre lang an einem Eczem, das keiner Therapie wich. Als eine Wanderniere constatirt wurde



und die Niere durch eine Bandage fixirt wurde, schwand das Eczem. Sobald Patient die Bandage ablegte, trat das Eczem von Neuem auf. 2. Ein Patient, der 6 Jahre hindurch an Eczem gelitten, wurde geheilt. sobald der Bandwurm vertrieben war. 3. und 4. Auftreten von Eczem in Folge von heftiger psychischer Erregung. In der Klinik von Prof. *Polotebnow* werden die Eczeme eingetheilt in: locale, reflectorische, centrale und parasitäre. Die Therapie hat sich folglich der Aetiologie zu adaptiren. Die Intensität der Krankheit hängt ab von der Intensität des ätiologischen Moments, aber das betreffende Moment kann nur unter gewissen Bedingungen zur Entstehung eines Eczems führen: es muss eine gewisse Erregbarkeit der vasomotorischen Centren durch physische und psychische Reize bestehen. Die Schwierigkeit der Behandlung wird daher von der Gewalt der Einwirkung der erwähnten causalen Momente abhängen.

757. ***Zur Behandlung des Rhinoscleroms.*** *Von Prof.* ***Stukowenkow.*** *Vortrag am V. Congress russisch. Aerzte. (Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 5.)*

Nach einem Hinweis auf die Erfolglosigkeit der chirurgischen Therapie und der von *Lang* empfohlenen subcutanen Injectionen von 1—3% Carbolsäurelösungen theilte Verf. einen Fall mit, in dem er locale Injectionen von *Fowler*'scher Lösung angewandt. Patient, 21 a. n., Bauer, war am 21. Februar 1892 in die Klinik eingetreten. Die Geschwulst war vor 3 Jahren vom rechten Nasenloch ausgegangen und hatte darauf das linke Nasenloch befallen, trotzdem sie rechts exstirpirt worden war. Im Laufe von 3 Jahren war Patient ohne Behandlung geblieben. Am 21. Februar 1892 wurde mit den Injectionen von Sol. Fowleri (1:100) begonnen. Nach 4 Injectionen wurde die Lösung auf 4:100 verstärkt, nach 7 — 8:100, nach 12 — 12:100. Anfangs wurde 1·0 der Flüssigkeit injicirt, von der 9. Injection an je 4·0. Die Injectionen wurden täglich an 4—6 verschiedenen Stellen vorgenommen, zuerst nur in die oberflächlichsten, darauf in die tiefer gelegenen Theile und waren sehr schmerzhaft. Nach der 8. Injection trat Besserung — Verkleinerung der Knoten ein, nach der 23. atrophirten die Knoten und nach der 45. verschwanden dieselben. Im Laufe von 15 Monaten waren 222 Injectionen gemacht worden. Ausser einer Verdickung der Nasenspitze war die Heilung eine vollkommene; ein halbes Jahr nach der Entlassung war der Gesundheitszustand des Patient ein guter.

758. ***Ueber Rückenmarkssyphilis.*** *Von Dr.* ***Nonne.*** *Aerztl. Verein zu Hamburg, 14. Juni 1892. (Deutsche med. Wochenschr. 1893, 22, pag. 532.)*

Verf. demonstrirt die anatomischen Präparate eines Mannes, bei welchem 16 Jahre post infect. Tabes aufgetreten war. Es ergaben sich bei der Section syphilitische Veränderungen der Gefässe, typische tabische Erkrankung der Hinterstränge und centrale Gliose, eine Combination von Erscheinungen, wie sie bisher die von *Zegorow* (Neurol. Centralbl. 1891) und *Eisenlohr* (*Westphal's* Arch. Bd. XXIII) veröffentlichten Fälle gezeigt hatten. Verf. stellt dann einen Mann vor, 5 Jahre post infect., bei welchem ein Jahr nach den Infectionen Parästhesien und motorische Schwächezustände in den oberen und



unteren Extremitäten, später Lähmungen beider oberen Extremitäten mit Sensibilitätsstörungen, ohne spastische Symptome und Muskelatrophien, spastische Lähmungen der unteren Extremitäten, Blasenschwäche, Parästhesien, Schmerzen im Genick allmälig aufgetreten waren; unter abwechselnder Besserung und Verschlechterung, sowie unter steter specifischer Behandlung sei völlige Rückkehr zur Norm erfolgt.

759. ***Die Stigmata der hereditären Syphilis.*** *Von* ***A. Fournier.*** *(La presse méd. und Journal de clinique et de thérapeutique infantiles. 1894. 28. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 62.)*

Die Stigmata der hereditären Syphilis kann man eintheilen in 5 Hauptgruppen: 1. nach dem äusseren Habitus, 2. Narben an der Haut, 3. Veränderungen des Skelets, 4. nach dem Zustande der Hoden und 5. nach der *Hutchinson*'schen Trias.

I. Der äussere Habitus: Zuweilen kann man auf den ersten Blick hereditäre Syphilis vermuthen, *a)* wegen der Kleinheit des Körpers, *b)* der Zierlichkeit der Formen und *c)* der Kindlichkeit in nicht mehr kindlichem Alter. Die hereditäre Syphilis bewirkt bei dem in der Entartung begriffenen einzelnen Organe oder dem ganzen Körper eine Art angeborene Dystrophie, so dass sich diese Entartung der Organe durch ein Zurückbleiben, einen Stillstand oder Unvollständigkeit des Wachsthums offenbart.

II. Hautnarben: Charakteristisch sind: 1. die Grösse; Narben von der Grösse einer Handfläche oder noch grösser kommen weder von Varicellen, Scabies oder Furunkeln; 2. die Form: kreisförmige, mehrere Kreise bildende oder bogenförmige Narben deuten wieder auf Syphilis, ebenso wie schlangen- oder wellenförmige Bänder in der Haut. Ferner sind bouquetartige, siebförmige und löcherige Narben syphilitisch; 3. der Sitz der Narben ist das sicherste Zeichen. Die syphilitischen Narben haben vier Prädilectionsstellen:

A. Peribuccale Narben: Die bei Kindern so häufigen peribuccalen Syphilide sind Erosionen, erosive Papeln oder Ulcerationen, die besonders die Mundwinkel einnehmen und mehr oder weniger auf das benachbarte Gewebe übergreifen.

B. Narben der Nase: Begrenzte oder ausgedehnte Ulcerationen der Nase sind sehr häufig bei Syphilitischen, lupusartige oder serpiginöse besonders an den Nasenflügeln und der Unterscheidewand und hinterlassen vorragende oder tiefliegende Narben und Verstümmelungen.

C. Parrot'sche Narben am Gesäss und Oberschenkel: Diese Narben zeichnen sich aus durch ihren fast negativen Charakter, sie sind wenig ausgebildet, nur oberflächliche Flecken und unterscheiden sich nur wenig durch die Farbe, so dass man sie mit Aufmerksamkeit suchen muss.

D. Narben des Gaumengewölbes und des Rachens: An diesen Theilen macht die Syphilis oft Gummata, welche den ganzen Gaumen oder Theile desselben verstümmeln, und ebenso die Pharynx-Perforationen und fehlerhafte Ausbildung des Gaumenbogens sind Zeichen von Syphilis.

III. Veränderungen des Skelettes: Gewisse Knochen werden mit Vorliebe von der Syphilis ergriffen, so dass deren



Veränderungen charakteristisch sind, nämlich: 1. der Schädel, 2. die Nasenknochen und 3. die Tibien.

1. Veränderungen am Schädel:

A. An der Stirn: *a)* die Stirn ist im Ganzen sehr gross, hoch und breit entwickelt und vorgewölbt; *b)* sie hat seitliche Buckel, die rund sind und an beiden Seiten gewöhnlich gleich gross entwickelt sind; *c)* sie hat in der Mittellinie im Verlauf der Sutura medio-frontalis einen mehr oder weniger entwickelten Vorsprung.

B. An den Seiten und am Hinterhaupt: Die Veränderungen bestehen in Buckeln, übermässiger Entwicklung der Tubera parietalia oder auch einer transversalen Erweiterung des Schädels in Folge einer Abweichung der Ossa parietalia nach aussen. Ausserdem kommen noch vor Asymmetrie des Schädels und hydrocephalische Schädel.

2. Veränderungen der Nasenknochen: Die Stumpfnase ist sehr häufig und besteht aus einer Abflachung und Verbreiterung der Nasenwurzel und hat charakteristische von Coryza, Eiterungen, Ozaena oder Ausstossung von Knochen herrührende Narben, welche das Einsinken der Nase verursachen.

3. Veränderungen der Tibia: Die Tibia wird entweder an den Epiphysen in Form von Exostosen oder öfter an der Diaphyse betroffen, wo dreierlei verschiedene Veränderungen eintreten: *a)* Anschwellung des Knochens in gewisser Ausdehnung, *b)* Bildung von Rauhigkeiten und Knoten an der Oberfläche, *c)* Umbildung des Tibiakammes zu einer knöchernen Oberfläche und *d)* pseudo-rhachitische Verkrümmung. Es bildet sich eine Säbelscheiden ähnliche Krümmung der vorderen Convexität mit transversaler Abplattung.

IV. Rhachitis: Wenn auch heute feststeht, dass die Rhachitis nicht eine rein syphilitische Veränderung ist und es sehr wahrscheinlich ist, dass sie nur eine parasyphilitische Erscheinung ist, so kommt sie doch sehr häufig bei hereditärer Syphilis vor und kann daher als Stigma dienen.

V. Veränderungen der Gelenke: Nämlich die chronischen Hydarthrosen und die deformirenden Gelenkleiden, welche übrigens meistens von anderen Stigmata begleitet sind.

VI. Der Zustand der Hoden: Es können zwei verschiedene anatomische Veränderungen vorhanden sein: 1. die Sarcocele infantilis, welche dieselbe Entwicklung wie bei Erwachsenen zeigt, indem eine Umwandlung des Hodengewebes in fibröses Gewebe und Atrophie stattfindet, so dass man später sehr kleine knorpelharte, knotige, von Rauhigkeiten bedeckte Hoden findet. Diese Atrophie ist ein Zeichen von sehr grosser Wichtigkeit. 2. Der kindliche Hoden: Sehr oft bewahrt der Hoden seine Form, zeigt keine Veränderung, keine Härte, aber er ist klein, kindlich, rudimentär, so dass man z. B. bei einem 20jährigen Mann die Hoden eines Kindes findet.

760. ***Zur Behandlung der Verbrennung im Kindesalter.*** *Von Dr.* ***Wertheimber.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1893. 31. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894, pag. 455.)*

Auf Grund einer grösseren Anzahl einschlägiger, zum Theil sehr schwerer Fälle, welche insgesammt auf Verbrühung durch

heisse Flüssigkeiten sich beziehen (nur in 1 Falle handelte es sich um eine auf den Handrücken beschränkte Verbrennung durch Flamme), schlägt Verf. vor, die verbrühten Theile zunächst mit lauwarmem Borwasser zu reinigen, hierauf eine mehrfache Schichte hydrophiler Gase, welche mit Aq. Calc., Ol. lini aa. 50·0, Thymol 0·05—0·10 getränkt, in Form breiter Streifen über die Wundfläche gelegt, mit Compressenstoff zu bedecken und mittelst einer Gazebinde zu befestigen. Es ist rathsam, den Verband täglich zu erneuern. — Da aber die *Stahl*'sche Brandsalbe durch ihre zähflüssige Consistenz der Umgebung der Kranken nach längerer Anwendung zumeist unangenehm wird, so vertauscht Verf. dieselbe im Verlaufe oder zu Ende der 2. Woche gegen eine Wismuth-Borsalbe (Bismuth. subnitr. 9·0, Acidi borici 4·5, Lanolini 70·0, Ol. olivar. 20·0). Die Art der Anwendung ist die gleiche wie die des *Stahl*'schen Liniments. Innerlich verordnet Verf. die gewöhnlichen Excitantien.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

761. ***Ueber das Auftreten von Leucin im menschlichen Harne.*** *Von Dr. Chr. Ulrich, Kopenhagen. (Nordisk med. Ark. 1894. 8.)*

Nach Untersuchungen von einer grösseren Anzahl (12) gesunden Personen, in deren Urin mittelst der Methode von *Neubauer* und *Vogel* constant Leucin, und zum Theil sogar in beträchtlichen Mengen constant nachzuweisen war, kann das Erscheinen des Leucins im Harn nicht mehr als pathognomonisch für gewisse Krankheiten, wie für die acute Leberatrophie angesehen werden. Auch bei einer im 9. Monate der Gravidität stehenden Frau constatirte Verf. das Leucin im Urin. Bei dem längst bekannten Vorkommen des Leucins im Darmcanal, aus dem es mit den Entleerungen entfernt wird, bei der grossen Verbreitung des Stoffes in drüsigen und anderen Organen und bei seiner Leichtlöslichkeit in Wasser war es allerdings a priori zu vermuthen, dass es sich im Harn, soweit es nicht in den ihm chemisch nahe stehenden Harnstoff übergeht, finden würde; doch scheint die Mannigfaltigkeit der mikroskopischen Formen, unter denen es im Harn auftritt, den Nachweis bisher verhindert zu haben. Oft verdecken auch Tyrosinkrystalle vollständig das Leucin, dessen Anwesenheit durch chemische Reactionen mit Sicherheit festzustellen ist. Verf. hat Leucin ausser bei Gesunden auch bei Kranken der verschiedensten Art nachgewiesen, z. B. bei Personen mit gutartigem catarrhalischen Icterus, Gallensteinen, infectiösem Icterus, Lebercirrhose, chronischer Nephritis, amyloider Stimmdegeneration, chronischer Bronchitis, Bronchiectase, Diabetes, Neurasthenie, Lungentuberculose, Typhus und Cystitis; es fehlte nur bei Anämie und in einem Fall von chronischer Gastritis und Dilatation In manchen Fällen war der mikroskopische Nachweis im Harne nicht möglich, wo die chemischen Reactionen die Anwesenheit von Leucin ausser Frage



stellten. Bei Typhus und Cystitis ist der Leucingehalt besonders ausgesprochen, während bei den oben angeführten chronischen Krankheiten die Leucinmenge meist geringer als bei Gesunden ist. Bei Typhus spielen möglicherweise die der Infection zu Grunde liegenden Bacillen eine Rolle, da bei Einwirkung von Typhusbacillen auf Peptonbacillen Leucin entsteht. Auch Bacterium coli kann Leucin in albuminhaltigem Nährboden erzeugen. Bei Cystitis liegt die Annahme einer Einwirkung von Mikroben innerhalb der Blase ebenfalls nahe. *Th. Husemann.*

762. ***Der Einfluss der Massage auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen.*** *Von **B. Bendix**, Berlin. (Zeitschrift f. klin. Med. 25. Bd., 3. und 4. Heft. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 29.)*

Da die früheren diesbezüglichen Versuche wegen vieler Fehlerquellen zu keinem brauchbaren Resultate geführt hatten, so stellte Verf. 3 eigene Versuche mit allgemeiner Körpermassage an bei einem 26jährigen Manne, einem 25jährigen Mädchen und einem 2½jährigen Knaben, bei welchem während längerer Zeit täglich eine gleiche ausreichende Menge einer genau bekannten und auf Stickstoff und Fettgehalt selbst untersuchten Nahrung und eine gleiche Flüssigkeitsmenge gegeben wurde. Nachdem in der Periode der 4—14 Vortage die Stickstoffausscheidung durch den Urin annähernd constant geworden war, wurde während der Massagetage (3—13 Tage) eine Erhöhung der Harnstickstoffmenge um 10 Proc. constatirt und in der nachfolgenden Periode ein allmäliges Sinken der N-Menge zu dem in der Vortagsperiode bestimmten Quantum gefunden. Gleichzeitig wurde eine Vermehrung der Urinmenge während der Massageperiode gefunden. Beim 3. Versuch wurde auch der Koth untersucht und eine Vermehrung des N in demselben und eine Verminderung seines Fettgehaltes während der Massagezeit gefunden, was auf eine vermehrte Secretion der Verdauungssäfte und eine verbesserte Fettresorption zurückgeführt wird.

763. ***Ueber die Veränderungen des Chlorstoffwechsels bei acuten fieberhaften Krankheiten.*** *Von Doc. Dr. **Paul Terray**. Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 31.)*

Verf. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen in folgende Punkte zusammen: 1. Bei der Pneumonie — sowohl der typischen, als auch atypischen — findet bis zum Höhepunkte der Krankheit im Organismus eine sich stets steigernde Retention des ClNa statt. Die epikritische gesteigerte Ausscheidung desselben stellt sich nicht sofort nach der Krisis, sondern erst nach Tagen ein und dauert im Vereine mit der am 2.—3. Tage auftretenden Steigerung der Diurese längere Zeit an. 2. Die croupöse Lunge enthält mehr ClNa als die normale, ohne dass aber die von der ersteren zurückgehaltene ClNa-Menge die Quantität des während der Dauer der Lungenentzündung im Organismus zurückbehaltenen ClNa decken würde. Der ClNa-Gehalt des Sputums und des Schweisses pneumonischer Kranken ist ein so geringer, dass man denselben keineswegs als Ursache der Chlorretention betrachten kann. 3. Die bisher aufgestellten Theorien sind nicht im Stande, die Chlorretention während des Fiebers zu erklären. Man muss annehmen, dass das



während des Fiebers im Organismus zurückgehaltene Wasser die Ursache der Chlorretention ist, und dass während des Fiebers die Gewebe blutreicher sind und deshalb deren Fähigkeit, ClNa aufzunehmen, eine gesteigerte ist. 4. Diese Annahme wird durch die Thatsache gestützt, dass bei der Pneumonie regelmässig so viel Wasser zurückbehalten wird, als dem zurückbehaltenen ClNa im Sinne einer physiologischen Kochsalzlösung entspricht, was aus dem Vergleiche der Einnahme und Ausgabe der gesammten Flüssigkeitsmenge und der Kochsalzquantität ersichtlich ist. 5. Beim Abdominaltyphus ist bis zum Aufhören des Fiebers constant die ClNa-Retention zu beobachten. Das zurückbehaltene Wasser und Salz verhalten sich hier ebenso, wie bei der Pneumonie. 6. Bei der Malaria verändert sich der Chlorstoffwechsel gerade im entgegengesetzten Sinne, wie bei der Pneumonie und Typhus. 7. Die Steigerung der ClNa-Ausscheidung bei der Malaria ist durch den gesteigerten Zerfall der rothen Blutkörperchen bedingt. Hierauf weist ausser anderen Umständen noch derjenige hin, dass während der Fieberanfälle der Urobilingehalt des Harns und des Kothes, besonders des letzteren, bedeutend erhöht ist. 8. Bei allen drei Krankheitsformen ist ClNa-Gehalt des Kothes ein verminderter.

764. ***Fall von physiologischer Function einer im Sternum zur Entwicklung gekommenen Schilddrüsenmetastase.*** *Von Prof. v. **Eiselsberg**, Utrecht. Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Chir. im Jahre 1894. (Centralbl. f. Chir. 1894. 30.)*

Bei einer Frau wurde im Frühjahr 1886 wegen beiderseitiger Compression der Trachea die Totalexstirpation der Struma gemacht, welche bei ihrer Untersuchung mehrere Adenomknoten in Colloidgewebe eingelagert ergab; glatter Verlauf. — In der Heimat entwickelten sich Symptome von Kachexie, welche sich besserten und schliesslich ganz verschwanden, als nach zwei Jahren im Sternum ein knochenharter Tumor wuchs. 4 Jahre später erzeugte der schnell wachsende Tumor lancinirende Schmerzen, so dass auf dringendes Verlangen der Pat. die Resection des Manubrium sterni gemacht wurde. Derselbe erwies sich als Carcinom mit Colloideinlagerung. 9 Tage nach dieser zweiten Operation entwickelte sich eine schwere Tetanie, die im weiteren Verlauf wieder allmälig in Kachexie überging. — Der Tumor ist als Knochenmetastase und nicht etwa als Nebenschilddrüse aufzufassen, und ist es besonders merkwürdig, dass eine Metastase physiologisch functionirt. Als Therapie wäre jetzt in diesem Falle das Essen von Schilddrüsen anzuempfehlen, was Redner um so mehr anrathen würde, als er im Laufe der letzten Monate bei einem spontanen Myxödem einen sehr guten Erfolg von dieser Therapie erzielte. Ja, die betreffende Pat. (es handelt sich um ein 22jähriges Mädchen) bekam sogar nach mehrmonatlichem Gebrauch der Drüsen Erscheinungen von Vergiftung (Basedow-Symptome). Merkwürdig ist, dass in diesem Falle vor Anwendung der Therapie die Kopfhaare ausgefallen waren und sich ein starker Haarwuchs im Gesicht, an den Armen und an der Brust bemerkbar machte. Seit der Therapie wachsen die Kopfhaare nach und fallen die an abnormen Stellen zur Entwicklung gekommenen Haare wieder aus. Es empfiehlt sich am besten, die Drüsen roh, in Oblaten zu geben:

Anfangs unmittelbar vor dem Essen, später eine oder zwei Stunden früher.

765. ***Versuche über Abkühlung und Firnissung.*** *Von Dr. **Rudolf Winternitz.** Aus dem pharmakol. Institut d. deutsch. Univers. zu Prag. (Arch. f. experim. Path. und Pharm. Bd. XXXIII. — Wiener klin. Wochenschr. 1894. 31.)*

Verf. ist Anhänger der Abkühlungstheorie und glaubt sie durch seine Versuche unzweifelhaft bestätigen zu können. Seine Gründe sind folgende: 1. Abtragung des Pelzes oder Verdrängung der zwischen den Haaren befindlichen Luft durch Firnissen der Epidermis führen beide zu ausserordentlich gesteigerter Wärmeabgabe. 2. Die Aehnlichkeit der Firnisserscheinungen und ihres Verlaufes mit jenen bei abgekühlten Thieren; auch die Obductionsergebnisse (vor Allem innere Hyperämie) sind ähnlich. 3. Lassen sich die beiden anderen Theorien, wie Retention, Resorption oder Hautreiz, sowohl einzeln wie getrennt ausschliessen, ohne Beeinflussung des Verlaufes des Firnissversuches. Zu seinen Versuchen verwendete Verf. ausschliesslich Kaninchen; als Firnissstoffe wurden indifferente Stoffe, wie Vaselin- oder Olivenöl oder Lanolin mit Ung. simpl. verwendet. Die Thiere wurden entweder direct bestrichen oder vorher noch geschoren. Durch Verhinderung des Wärmeverlustes vermittelst Heizapparaten gelang es Verf., die Thiere länger am Leben zu erhalten, wie den frühern Beobachtern; spätestens am 5. Tage gehen die Thiere ohne künstliche Erwärmung zu Grunde. Die Erscheinungen bestehen in Kurzem in Folgendem: 1. Herabsetzung der Pulsfrequenz, 2. hoher Blutdruck, 3. verminderte Respirationsfrequenz, endlich 4. meist Albuminurie und Ausscheidung von Epithel- und granulirten Cylindern. Gelingt es, die Versuchsthiere durch die ganze Versuchsdauer bei höheren Temperaturen zu erhalten, ohne dass sie anderweitig durch die Hitze leiden, so ist die Firnissung vollständig unschädlich.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

766. ***Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Dämpfe und Gase auf den Organismus.*** *Von **K. B. Lehmann.** Theil VII. Schwefelkohlenstoff und Chlorschwefel. Theilweise unter Mitwirkung der Herren Nakahama, Mori, Rosenblatt und Hertel. (Archiv f. Hygiene XX. Bd. I. H. — Münchner med. Wochenschr. 1894. 21.)*

In zahlreichen Versuchen an Thieren und Menschen, die sich in Räumen mit constant erhaltenem, genau bestimmtem Schwefelkohlenstoffgehalt aufhielten, beschreibt Verf. die Symptomatologie der Schwefelkohlenstoffvergiftung unter besonderer Berücksichtigung der schwachen und mittleren Dosen. Katzen und Menschen reagiren sehr ähnlich qualitativ und quantitativ auf das Gift. Die Arbeit stellt eingehend den Grad der Schädigung fest, welche Concentrationen von 0·5—10 Mgrm. im Liter Luft hervorbringen. Es sei aus den Angaben hier nur herausgehoben, dass 0·5—0·7 Mgrm. pro Liter noch einige Stunden symptomlos vom Menschen ertragen



werden. Der Gehalt von 1 Mgrm. im Liter genügt aber schon bei 6stündiger Einwirkung und während des Versuchs, Kopfschmerzen und Congestionserscheinungen hervorzurufen. Auch dauert es etwa 24 Stunden, um die Nachwirkungen des Versuchs verschwinden zu lassen. Höhere Dosen wirken sehr rasch und mit starken Nachwirkungen bei längerer Application. Die *Sapellier*'sche Theorie, dass die Schwefelkohlenstoffvergiftung auf Verunreinigung des Schwefelkohlenstoffes, speciell auf Schwefelwasserstoff, zu beziehen sei, findet nach chemischer und biologischer Richtung hin eine Widerlegung. Der unreinste Schwefelkohlenstoff des Handels wirkte nicht giftiger wie die reinsten Präparate. Der Schwefelwasserstoffgehalt im technischen Schwefelkohlenstoff ist meist minimal oder fehlend. Die Bestimmung des Schwefelkohlenstoffgehaltes in der Luft geschah theils durch Wägung der im Respirationsapparat verdunsteten Schwefelkohlenstoffmengen, theils durch Absorption des Schwefelkohlenstoffes in alkoholischer Kalilauge und Titrirung desselben mit Jodlösung.

767. ***Ueber Infection von Kostkindern und Kostfrauen mit Syphilis.*** *Von Dr. Loos. (Vortrag im Verein d. Aerzte in Steiermark am 12. März 1894. — Prager med. Wochenschr. 1894. 30.)*

Auf die Klinik Prof. *Escherich's* wurde ein $1^3/_4$ Jahre altes Kind mit Syphilis im secundären Stadium aufgenommen. Da sich weder bei der Untersuchung des Kindes, noch der Mutter für hereditäre Syphilis Anhaltspunkte ergaben, so musste die Infectionsquelle anderswo liegen. Die Nachforschungen ergaben: Dieselbe Kostfrau pflegte noch ein weiteres Kind, welches an Syphilis hereditaria leidet, und welches die Quelle der Infection für dieses Kind und für die Kostfrau selbst, die gleichfalls erkrankt war, abgegeben hatte. Die Uebertragung erfolgte wahrscheinlich durch den „Lutscher", ein allgemein beliebtes Beruhigungsmittel für kleine Kinder, den die Mütter und Pflegerinnen, bevor sie denselben den Kindern geben, in ihrem Munde anzufeuchten pflegen. Anschliessend an diesen jüngst vorgekommenen Fall, berichtet Verf. noch über eine Reihe von Fällen, in denen Kostkinder, welche an Lues hereditaria litten, andere Kinder, welche sich bei der gleichen Pflegerin befanden, inficirten, die zum Theile wieder die Krankheit weiter verbreiteten, ferner über eine Reihe von Fällen, wo es sich um Infection von Geschwistern handelte. Die Eltern hatten sich erst nach mehreren Jahren der Ehe inficirt, mit hereditärer Lues behaftete Kinder erzeugt, und letztere übertrugen die Krankheit auf ihre älteren, gesund gewesenen Geschwister. Verf. macht im Anschlusse hieran auf die Mangelhaftigkeit unserer Sanitätsgesetze, soweit es sich um die Pflegekinder handelt, aufmerksam und wünscht, dass ähnlich wie in England, Frankreich und in einigen Staaten Deutschlands, Verordnungen getroffen werden, welche das Halten von Pflegekindern regeln.

768. ***Ueber die Eignung des Formaldehyds zur Conservirung von Nahrungsmitteln.*** *Von Hofrath Dr. E. Ludwig. Aus dem Gutachten erstattet dem k. k. obersten Sanitätsrathe. („Das österr. Sanitätswesen." 1894.)*

Die Anwendung des Formaldehyds zur Conservirung von Nahrungsmitteln kann dermalen weder gebilligt noch empfohlen



werden. Es ist zweifellos, dass das Fleisch durch eine Lösung von Formaldehyd conservirt werden kann, wahrscheinlich sogar auf lange Zeit. Um aber als Conservirungsmittel für Nahrungsstoffe geeignet zu sein, genügt es nicht nur, dass es dem menschlichen Organismus gegenüber sich indifferent verhalte, sondern dass es sich auch bei der Zubereitung der conservirten Nahrungsmittel entweder durch Waschen oder in der Hitze entfernen lasse. Aldehyde sind als labile chemische Verbindungen gegenüber dem menschlichen Organismus im Allgemeinen überhaupt nicht indifferent. und über das Formaldehyd im Besonderen liegen überhaupt noch keine derartigen Erfahrungen vor, nach denen es in dieser Hinsicht als eine Ausnahme aufgefasst werden könnte. Die Aldehyde condensiren sich leicht, bilden auch mit allerlei anderen Körpern durch Anlagerung complicirtere Verbindungen. Ob dergleichen bei der Anwendung des Formaldehyds zum Conserviren von Fleisch stattfindet oder nicht, ist noch nicht mit Sicherheit bekannt und lässt sich sonach noch nicht beurtheilen, wie sich ein mit diesem Aldehyde conservirtes Nahrungsmittel, wenn dasselbe genossen wird, im Organismus verhält. Ueberdies ist noch zu erwähnen, dass möglicherweise Präparate zur Verwendung kommen können, die nicht rein sind, sondern positiv schädliche Substanzen enthalten, was sich nach geschehener Verwendung in dem conservirten Objecte häufig gar nicht mehr controliren lässt.

769. ***Desinfection einer ganzen Wasserleitung.*** *(Deutsche Med.-Ztg. 1894.)*

In Sprottau, wo unlängst eine Typhusepidemie gewüthet hat, hat man jetzt die Wasserleitung desinficirt, und zwar in folgender Weise: Nachdem die Reinigung des Wasserleitungsrohrnetzes mit Hilfe einer Locomobile durch Wasserdämpfe beendet worden war, erfolgte eine Durchspülung der ganzen Wasserleitungsanlagen mit einer kochenden Sodalösung. Zu diesem Behufe wurden circa 120 Ctr. Soda in das Wasserreservoir gebracht, dort mittelst Zuführung von Wasserdampf bis zum Siedepunkt erhitzt und dann durch das Rohrnetz getrieben. Diese Massregel ist als letztes Reinigungsmittel von der Regierung vorgeschrieben worden.

770. ***Ueber die Prophylaxis der Diphtheritis vom sanitätspolizeilichen Standpunkte.*** *Von Dr. Solbrig. (Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 1894. Heft 2.)*

Um die rasche Durchführung der nöthigen Massregel zu erzielen, wäre für die Medicinalbeamten die Befugniss anzustreben, selbstständige Verordnungen treffen zu können. Die Massnahmen selbst, welche zur Verhinderung der Ausbreitung der Diphtherie durchgeführt werden müssen, sind nach Verf. 1. Verpflichtung zur Anzeige, die in jedem Erkrankungsfalle sofort nach dessen Erkennung bei Vermeidung einer empfindlichen Strafe seitens der Aerzte, Familienvorstände, Schulvorstände, Gast- und Quartierswirthe zu erfolgen hat. 2. Isolirung der Kranken, beziehungsweise Evacuation in Krankenhäuser. 3. Regelung des Schulbesuches: Verbot desselben für diphtheritische Kinder und auch für gesunde Kinder aus Hausständen, beziehungsweise Häusern, in denen Diphtherie herrscht. 4. Desinfection. Hierfür wird das Sublimat empfohlen. 5. Vorsichtsmassregeln bei Beerdigungen: Ueberführung

der Leichen in Leichenhallen, Verbot des Ausstellens von Leichen, der Ansammlung des Gefolges in der Sterbewohnung, des Tragens der Leiche, des Folgens von Kindern, des Transportes der Leichen auf Eisenbahnen. 6. Sanitätspolizeiliche Controle des Eisenbahnverkehres, des Verkehres mittelst öffentlicher Fuhrwerke und des Hausirhandels — Alles bekanntlich zur Verbreitung der Diphtherie geeignete Wege. 7. Controle des Verkaufes von Milch und deren Producenten: Bei der leichten Uebertragbarkeit der Seuche durch Milch ist deren Verkauf (und ebenso der von Butter und Käse) aus Höfen, in denen die Krankheit herrscht, zu verbieten. 8. Schaffung besserer allgemeiner Zustände zur Prophylaxe.

771. ***Das Verhalten verschiedener Brotarten im menschlichen Organismus.*** *Von Dr.* ***Menicanti*** *und Privatdocent Dr.* ***Prausnitz.*** *(Zeitschr. f. Biologie. XXX. Neue Folge. Bd. XII. Heft 3. — Therap. Monatsh. 1894, pag. 362.)*

Die Arbeit liefert folgende, für die Diätetik wichtige Ergebnisse: Bei Aufnahme von Brot, welches aus denselben Mehlen, das eine Mal mit Sauerteig, das andere Mal mit Hefe gebacken wurde, war die Menge des ausgeschiedenen Kothes in letzterem Falle eine kleinere. Weizenbrot verhielt sich in dieser Beziehung erheblich besser als Roggenbrot, ein Brot aus gemischtem Mehl stand in der Mitte. Die Decortication des Getreides bietet, wenn sie auch etwas geringere Kothmengen schafft, nicht die Vortheile, welche ihr in den letzten Jahren wiederholt nachgerühmt wurden. Sie gestattet durchaus nicht eine vollständige Vermahlung mit Mehl; allerdings erhält man bei starker Ausmahlung (80—82%) feineres Mehl in etwas grösserer Quantität, als auf anderem Wege. Das Mehl von decorticirten Körnern war dunkler und deshalb weniger leicht verkäuflich. Der feineren Zermahlung der decorticirten Körner war wohl die etwas geringere Kothmenge nach dem Genusse desselben zuzuschreiben. Die in der Arbeit mitgetheilten sogenannten Ausnutzungsversuche sprechen dafür, dass der dabei ausgeschiedene Koth grösstentheils von den Darmsäften, nur zum kleinsten Theile von unresorbirten Nahrungstheilen herstammt. Nur auf die Absonderung der ersteren scheint die Brotart in Folge ihrer physiologischen Beschaffenheit (Porosität, Volumen, specifisches Gewicht) im Wesentlichen einen Einfluss zu äussern. Letztere ist von der Getreideart, dem Vermahlungsgrade und der Mehlqualität abhängig. Lockeres, poröses Brot, welches leichter resorbirbar ist, regt den Darm nicht in dem Grade zur Absonderung von Säften an, wie feste, schwere Brotsorten. Von den in Deutschland üblichen Mehlarten liefert feines Weizenmehl das poröseste, grobes Roggenmehl respective Roggenschrot (dessen Bedarf und Verbrauch übrigens immer mehr zurücktritt) das festeste Brot.



Literatur.

772. ***Die Gehörübungen im k. k. Taubstummen-Institute in Wien.*** *Nebst methodischer Anleitung von* **Karl Fink**, *k. k. Director. Wien, im Selbstverlage und in Commission bei Sallmayer's Buchhandlung, 1894.*

Verf. stellt in der kleinen Broschüre auf 17 Seiten seine Erfahrungen in geordneter Form zusammen, bezüglich der Gehörübungen, indem er kurzen Bericht über seine Thätigkeit der Jahre 1885—1893 im Taubstummen-Institute zu Wien erstattet. Mit dem Schuljahre 1887/88 gelangte Verf.'s System zur Reife und finden wir hier, wie Verf. richtig hervorhebt, den Unterschied zwischen dem Wirkungskreis des Arztes und dem des Lehrers, den taubstummen Kindern gegenüber. Die einzelnen Gehörübungen sind in der Weise geordnet, je nachdem grössere oder kleinere Hörreste noch vorhanden sind. Endlich möchten wir noch eine Bitte des Verf. hervorheben, welche besonders zu beherzigen wäre, dass nämlich die unglücklichen Angehörigen rechtzeitig dem regelmässigen Unterrichte zugeführt werden, denn hierdurch wird doch für alle Fälle vorgesorgt. *Szenes.*

773. ***Handbuch der Ohrenheilkunde.*** *Bearbeitet von Prof. Berthold (Königsberg), Prof. Bezold (München), Prof. Bürkner (Göttingen), Prof. Gad (Berlin), Prof. Gradenigo (Turin), Prof. Habermann (Graz), Prof. Hertwig (Berlin), Dr. Hessler (Halle), Prof. Kessel (Jena), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Kirchner (Würzburg), Prof. Kuhn (Strassburg), Dr. Magnus (Königsberg), Dr. Meyer (Kopenhagen), Dr. Moldenhauer (Leipzig), Prof. Moos (Heidelberg), Dr. Mygind (Kopenhagen), Prof. Schwartze (Halle), Prof. Steinbrügge (Giessen), Prof. Trautmann (Berlin), Prof. Urbantschitsch (Wien), Prof. Wagenhäuser (Tübingen), Prof. Walb (Bonn) und Prof. Zuckerkandl (Wien). Herausgegeben von Prof. Dr.* **Hermann Schwartze**, *königl. preuss. geheimer Medicinalrath und Director der k. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. Zwei Bände. Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig. Preis 55 Mark.*) Besprochen von Dr. Sigismund Szenes in Budapest.*

Schwartze, der als Redacteur des Archiv für Ohrenheilkunde bereits seit einer langen Reihe von Jahren eine ganze Schaar ausgezeichneter Fachgenossen um sich gesammelt, ging nun daran, diesmal zum grossen Theil mit diesen Kräften, aber auch mit Hilfe noch anderer zu diesem Behufe herangezogener — 24 an der Zahl, — das umfangreiche Handbuch der Ohrenheilkunde zu ediren. Die Aufgabe wurde in der Weise gelöst, dass jeder Autor einen besonderen Abschnitt der Disciplin zu bearbeiten hatte, und somit kann das ganze Werk als Sammlung mehrerer, wenn auch durch eine Hand redigirter, jedoch immer nur verschiedener Aufsätze betrachtet werden. — Abgesehen davon, dass dies auf otiatrischem Gebiete der erste Fall ist, wo ein Lehrbuch von vielen Autoren geschrieben wurde, glauben wir uns doch berechtigt, die Frage aufzuwerfen, ob dies am Platze war, umso eher, da wir doch, wenn auch nicht in solchem Umfange, allerdings aber grössere Lehrbücher eines Autors bereits in genügender Zahl besitzen und ausserdem auch noch otiatrische Aufsätze sowohl in den streng specialistischen,

---

*) Wegen Raummangel erst jetzt publicirt. Red.





wie in den verschiedenen anderen medicinischen Fachschriften immer gerne Aufnahme finden. — Diese Frage müssen wir unbedingt zu Gunsten des Herausgebers beantworten. Denn wie komisch es auch klingt, so ist es denn doch so, dass die selbst nur klein scheinende Specialität der Ohrenheilkunde ihre verschiedenen Specialisten hat, und es ist kaum zu denken daran, dass die Ohrenärzte mit gleicher Liebe und gleichen Sach- und Fachkenntnissen alle Gebiete der Otologie in gleichem Masse bearbeiten. Und wenn wir bedenken, dass in den ausgezeichnetsten Lehrbüchern von einem Autor, welcher zwar viele, jedoch nicht sämmtliche Zweige der Ohrenheilkunde selbst mit gewisser Vorliebe pflegt, und somit einzelne Abschnitte zum grössten Theile doch nichts Anderes enthalten, als die Erfahrungen solcher Fachgenossen, welche sich mit den betreffenden Fragen eingehender befassten und von dem Bearbeiter des ganzen Werkes nur höchstens vom kritischen Standpunkt aus beleuchtet werden können, müssen wir zugeben, dass *Schwartze's* Unternehmen vollkommen berechtigt war, umso eher, da er für jeden Abschnitt einen solchen Mann stellte, dessen literarische Vergangenheit genügende Bürgschaft für das Gelingen des ganzen Werkes bot; denn wie wir weiter unten sehen werden, hat jeder einzelne Abschnitt seinen berufenen Vertreter erhalten. — Doch wollen wir nicht in Form einer Lobeshymne die Besprechung des Werkes fortsetzen, und deshalb auch einiger Mängel gedenken, welche die objective Kritik unumwunden in's Auge fasst, wenn auch *Schwartze* selbst dieselben, zwar mit vollem Rechte, als unausweichbare bezeichnet. Als solcher Mangel muss in erster Reihe das Fehlen eines einheitlichen Charakters in's Auge fallen. Das ganze Werk ist zwar von der Meisterhand eines allgemein anerkannten tüchtigen Fachmannes redigirt, der auch, wie bereits erwähnt, seit einer langen Reihe von Jahren den guten Ruf eines ausgezeichneten Redacteurs geniesst, und trotzdem suchen wir vergebens die einheitliche Stimmung in dem Werke, welche die Individualität des Autors uns verrathen soll, wie dies gewöhnlich das Charakteristikon eines Lehrbuches zu sein pflegt. Die natürliche Folge dieses Mangels ist nun der zweite, welcher darin besteht, dass die Vertheilung des Materials in ungleichem Masse proportionirt ist, und deshalb in manchen Abschnitten das betreffende Thema in umfangreicher Weise seine Bearbeitung findet, in anderen hingegen die Sache concis gegeben wird. Und noch natürlicher und deshalb auch unausweichbar sind die an einzelnen Stellen auftauchenden Wiederholungen einiger Momente, die, immer von verschiedenen Autoren erwähnt. stellenweise sogar im directen Gegenspruche zu einander stehen. Letzteres aber beweist es am besten, wie selbstständig jeder Autor arbeitete und sich in seinen Anschauungen auch nicht im Geringsten beeinflussen liess von der vielleicht conträren Ansicht seines mitarbeitenden Collegen.

Im ersten Bande finden wir 15 Abschnitte. — Der erste Abschnitt behandelt die makroskopische Anatomie des Ohres, eine Bearbeitung des tüchtigen Wiener Anatomen Prof. *Zuckerkandl.* Jedermann wird's wohl für selbstverständlich finden, dass die Anatomie der Ohrmuschel, des äusseren Gehörganges, des Trommelfells, der Paukenhöhle, der *Eustach*'schen Röhre, des Warzenfortsatzes und des inneren Ohres, von einem Anatomen in berufenster Weise besprochen werden kann, da wir Ohrenärzte selbst unsere speciellen Untersuchungen bezüglich der



näheren Details nur dann vom Erfolge begleitet sehen können, wenn wir uns die elementaren Begriffe aus der makroskopischen Anatomie geholt haben. — Ueber Histologie des äusseren und mittleren Ohres hat *Kessel* bereits in den Sechziger-Jahren so viel gearbeitet, dass ihm dieser Abschnitt mit ruhigem Gewissen anvertraut werden konnte, und bestand er auch auf 60 Seiten seine Aufgabe in der besten Weise, da er in gedrängter, jedoch Alles umfassender Form die ältesten und neuesten Resultate seiner eigenen Untersuchungen und jene anderer Autoren mittheilt. — *Steinbrügge* hat anfangs in Gemeinschaft mit *Moos*, später aber selbstständig solche histologische Arbeiten geliefert, welche stets ungetheilten Beifall der allgemeinen Kritik erhielten, und es konnte somit auf eine kaum bessere Wahl gedacht werden, als diesem Forscher die Histologie des inneren Ohres zu überlassen. Leider ist dieser Abschnitt, im Verhältnisse zur Stattlichkeit des Werkes, nahezu der kleinste. Auf kaum 32 Seiten liefert *Steinbrügge* nur in nuce das kolossale Material, welches sich über dieses Thema in der Literatur vorfindet, und umso mehr müssen wir dies mit Bedauern hervorheben, da sich die Schreibweise dieses Autors überaus angenehm liest, trotz des concisen Stils, in welchem *Steinbrügge* zu schreiben pflegt. — Die Entwicklungsgeschichte des menschlichen Ohres bearbeitete der Berliner Embryologe *Hertwig*. Auf 20 Seiten finden wir am eingehendsten das innere und am kürzesten das äussere Ohr embryologisch beschrieben. — Noch kürzer behandelt *Moldenhauer* die angeborenen Missbildungen der Ohrmuschel, des äusseren Gehörganges, des Trommelfells, der Paukenhöhle, der *Eustach*'schen Röhre, des Warzenfortsatzes und des inneren Ohres. — Etwas eingehender bespricht nun *Kuhn* die vergleichende Anatomie des Ohres, ein Thema, welches von den Ohrenärzten ausser ihm kaum Jemand so behandelte. Der ganze Abschnitt dient als Beleg für die Wahrheit der *Darwin*'schen Umbildungstheorie und löst auch die Frage in gelungener Weise. — Die pathologische Anatomie des Ohres im Allgemeinen findet in *Habermann* ihren Bearbeiter. Der tüchtige Schüler der Prager Ohrenklinik, welcher seit kurzer Zeit selbst schon Professor der Ohrenheilkunde in Graz ist, hat durch seine makro- und mikroskopisch-anatomischen Arbeiten immer den Eindruck eines überaus umsichtigen Beobachters gemacht, der aber nicht nur seine eigenen Befunde, sondern auch sämmtliche anderer Autoren zu würdigen weiss. Letzteres beweist am besten jener Umstand, dass *Habermann* zur Bearbeitung seines kaum 100 Seiten starken Aufsatzes über 800 Aufsätze anführt. Der Reihe nach werden hier die krankhaften Veränderungen — Circulationsstörungen, Entzündungen, Geschwülste, Ernährungsstörungen (pro- und regressive), stellenweise auch Continuitätsstörungen, Parasiten und Fremdkörper — der einzelnen Theile des Ohres besprochen. — Einzelne Wiederholungen tauchen im nächstfolgenden Abschnitte auf, in welchem *Berthold* die Circulations- und Ernährungsverhältnisse des Ohres vom anatomischen, physiologischen und schliesslich pathologischen Standpunkte bespricht. — Die Physiologie des Ohres ist im 9. Abschnitte durch den Berliner Physiologen *Gad* auf 45 Seiten behandelt, und zwar in zwei Theilen, indem *Gad* einerseits das Hören als solches, andererseits aber die statische Function des Ohres auf Grundlage der zahlreichen diesbezüglichen Untersuchungen in streng wissenschaftlich gehaltener und trotzdem so leicht verständlicher Weise beschreibt. — Die Statistik und allgemeine Eintheilung der Ohrenkrank-



heiten sind im nächstfolgenden 10. Abschnitte von *Bürkner* auf 12 Seiten abgehandelt. *Bürkner* hat anfangs durch seine Schüler statistische Fragen über Häufigkeit der Ohrenkrankheiten im Allgemeinen und auch speciell bearbeiten lassen, später nahm er als Referent des Berliner Congresses selbst die Sache in die Hand, und nun finden wir hier in diesem Werke dieses ebenso wichtige als interessante Thema in selbstständiger Weise behandelt. — *Bürkner* bearbeitete aber auch noch den 13. Abschnitt, welcher die Diagnostik der Ohrenkrankheiten und Functionsprüfungen des Ohres behandelt. Es ist dies jener Abschnitt der Ohrenheilkunde, mit welchem man in praxi zu allererst bekannt wird, und *Bürkner* hat nun Alles mit besonderem Fleisse zusammengestellt, was in der Literatur über Anamnese, Otoskopie, Catheterismus, Untersuchung des Nasenrachenraumes und Prüfung des Gehörvermögens mittelst Uhr, Sprache und Stimmgabeln, ferner über Nachweis von simulirter Taubheit geschrieben wurde. (Forts. folgt.)

774. ***Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.*** *Von Dr. Ludwig Grünwald, München. München 1894, Verlag von J. Fr. Lehmann. (Bd. IV von Lehmann's med. Handatlanten.)*

Wahrlich der Fortschritt auf dem Gebiete der Chromotypie konnte kaum eine nützlichere Anwendung finden, als wie sie hier in der Sammlung von *Lehmann's* Handatlanten vorliegt. Noch vor einem Decennium konnten derartige farbige Darstellungen wegen ihrer hohen Kosten nur von Instituten aus öffentlichen Geldern zu Unterrichtszwecken angeschafft werden. Nunmehr sind, wie das vorliegende Beispiel zeigt, solche Atlanten jedem Arzte für den Privatgebrauch zugänglich. Im vorliegenden Atlas für Mundkrankheiten rühren die meisten Abbildungen von dem als Specialisten bekannten Verf. selbst her. Zwei sind nach der Natur photographirt, Fig. 40 ist dem Atlas von *Luschka* und Fig. 33 dem von *Mikulicz* entnommen. Die Abbildungen von Stomatitis catarrhalis, St. mercurialis, St. aphthosa, Ulcera tuberculosa oris, Lingua dissecata, Lingua geographica, Gumma und Carcinome linguae, sämmtliche Formen der Tonsillitis, Erysipelas pharyngis, die Ulcera syphilitica der in Betracht kommenden Räume, sind sämmtlich so klar und in ihren Farben der Natur entsprechend reproducirt, dass wir das vorliegende, 69 Figuren sammt Erklärung enthaltende Werkchen als ein vorzügliches Hilfsbuch für den Praktiker erklären müssen. *—r.*

Kleine Mittheilungen.

775. ***Zur Pflege der Mundschleimhaut bei Schwerkranken*** empfiehlt *Aufrecht* (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894, 6) Einpinselungen mit Glycerin. Sobald die Zunge trocken wird, ist Glyc. purissimum (doch wohl mit gleichen Theilen Wasser gemengt? d. Red.) reichlich und 2stündlich aufzupinseln. Das Medicament gelangt durch reflectorische Schluckbewegungen in den Rachen und zum Kehlkopfeingang. So wird das Rissig- und Borkigwerden der Zunge vermieden.

776. ***Idiosyncrasie gegen Tannin bei äusserlicher Anwendung.*** Als Beweis für das von *Lange*-Kopenhagen behauptete, von Vielen aber angezweifelte Vorhandensein einer Idiosyncrasie gegen Tannin beschreibt *Krüger*-Rostock in Deutsch. med. Wochenschr. 1894, 18) folgende Erscheinungen, welche bei einem jungen Manne nach Vornahme einer Nasendouche mit 1%iger Tanninlösung auftraten: Das Gesicht röthete sich, die Thränensecretion war vermehrt, die



Nasenschleimhaut sonderte stark ab, der Rachen war geröthet, ebenso der weiche Gaumen bis zur Mitte des harten Gaumens; auch klagte der Patient über starke Kopfschmerzen im Hinterkopf, Ohrensausen, Druck in den Augen, Spannung am Gaumen und das Gefühl von Athemnoth. Die Dauer der Erscheinungen betrug $1^1/_2$ bis 2 Stunden. (Pharm. Ztg. 1894. 41.)

Sitzungsberichte.

777. ***Die Verbesserung der Geschosse vom humanitären Standpunkt aus.*** *Von Prof.* ***Kocher,*** *Bern. Vortrag am intern. med. Congress zu Rom. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 40.)*

In Folge der allgemeinen Wehrpflicht ist das Interesse an den unvermeidlichen Folgen des Krieges ein universelles, und Frauen- und Samaritervereine, an erster Stelle das Rothe Kreuz, wetteifern, die Schmerzen der Kämpfer zu lindern. Doch wozu nützt das Alles, wenn die neuen Feuerwaffen solche Zerstörung anrichten, so viele Leben vernichten, während sie doch nur die Fähigkeit, Krieg zu führen, für einige Zeit benehmen sollten. Die modernen Gewehre entsprechen nicht ihrem Zwecke oder gehen vielmehr darüber hinaus, sie zerfetzen und zerstören die Gewebe des Körpers, bringen den Kranken in Lebensgefahr durch Verletzung auch weniger wichtiger Organe und erschweren oder verhindern völlig die Wiederherstellung normaler Functionen. Die Gewehre sind wahre Explosionswaffen geworden, welche doch durch internationale Verträge verboten sind. Um den Schaden ausgleichen oder heilen zu können, muss man die Wirkung eines Explosivgeschosses wohl kennen. Auf Grund eines 20jährigen Studiums kam Verf. zu folgenden Ergebnissen:

Die Wirkung eines Geschosses ist verschieden je nach dem Punkt, welchen es trifft; für den menschlichen Körper ist es angezeigt, wenigstens 3 Kategorien zu unterscheiden: die der elastischen Gewebe, der an Flüssigkeit reicheren und der starren Gewebe.

An elastischen Körpern kommt keine, wenigstens primäre, Explosivwirkung zu Stande, auch nicht mit den neuesten Gewehren. Die zuweilen durch einen Schuss bewirkten argen Verletzungen der Haut sind Folge der Explosionen in den tiefer liegenden Theilen (Knochen, Muskeln); fehlen diese, so ist auch von ersteren keine Rede. Die Explosivwirkung zeigt sich evident in jenen Geweben, welche Flüssigkeiten enthalten, und natürlich in vermehrtem Grade in den besonders wasserreichen. Die Wirkung des hydrostatischen Druckes kann man an Blechgefässen zeigen, welche leer oder gefüllt sind mit mehr oder weniger wasserreichen Substanzen. Man erkennt grosse Verschiedenheiten in der Wirkung, wenn man ein Blechgefäss mit trockenem oder feuchtem Pferdefleisch füllt, mit trockener oder feuchter Baumwolle oder Sägespänen.

Der Grad der Explosion nimmt allmälig zu mit der Zunahme der Geschwindigkeit. Das Wesen der Explosion kann man nur verstehen, wenn man sie an festen Körpern studirt. Dazu dient eine Steinplatte, an welcher man demonstriren kann, dass der von dem Geschosse auf den getroffenen Punkt ausgeübte Druck sich mit grosser Intensität weiter fortpflanzt. Sehr gut kann man den Unterschied zwischen einfacher Durchlöcherung und wirklicher Zersplitterung an Glasplatten zeigen, und zwar, wenn das Geschoss eine gewisse Geschwindigkeit hat, indem mit Zunahme derselben das kleine runde Loch sich in zahlreiche Sprünge verwandelt. Am besten ist man im Stande, die vollkommene Analogie der trockenen Explosion mit dem hydrodynamischen — nicht hydrostatischen —



Drucke an Blechgefässen zu zeigen, welche mit Schrotkörnern oder Marmorstückchen angefüllt sind. Die Frage, was das Wesen der Explosion ist, hat also Verf. mit der Bestimmung der Geschwindigkeit des Geschosses beantworten können, welches auf verschiedene Gegenstände und auch auf den menschlichen Körper gerichtet wird; bei sehr grosser Geschwindigkeit geht mehr lebendige Kraft verloren, wie bei sehr geringer. Durch Messungen kann man feststellen, dass der Verlust an Geschwindigkeit und lebendiger Kraft bei Geschossen weiten Kalibers grösser ist; und deshalb wird bei diesen die Zerstörung (Gewebszerreissung) eine grössere sein.

Es ergeben sich aus dem Gesagten folgende Schlüsse, um die Geschosse vom humanitären Standpunkte aus zu verbessern: 1. Die Ursache der Zerstörung kann nicht vermieden werden, da sie von der Zunahme der Geschwindigkeit abhängt. 2. Man muss daher versuchen, den Grad der nachfolgenden Zerstörung zu modificiren, und 3. die getroffene Oberfläche verkleinern dadurch, dass das Kaliber des Geschosses verkleinert (auf 5—6 Mm.), besonders das vordere Ende desselben spitz gemacht, um das Eindringen zu erleichtern, und die Rotation vermehrt wird, um queres Eindringen zu verhindern.

Weitere Versuche werden ergeben, dass man, um das Problem vom humanitären Standpunkt aus zu lösen, zu ganz kleinen Geschossen von Kupfer oder sogenannten Mantelgeschossen mit Stahlspitze greifen muss.

Die bis jetzt mit dem Mantelgeschoss erzielten Resultate ermuntern, auf dem betretenen Wege weiter zu fahren, da man damit: 1. keine Zerreissung von Muskeln und Lunge beobachtet, 2. die Fractur der Knochen an Extension und Intensität so begrenzt wird, dass nach den Untersuchungen von *Coler* und *Schjerning* bei 200 Meter Entfernung die Ausschussöffnung 2—3 Cm. beträgt, während sie früher 7—13 Cm. betrug.

Einer der besten Fortschritte im Interesse der Heilung ist die Verkleinerung der Hautöffnung, da dann auch ohne jegliche Behandlung die Wunde aseptisch bleibt und die Heilung ohne Complicationen erfolgt.

Unvermeidlich bleibt jedoch in zweiter Linie die Extraction grosser Knochensplittter, wie natürlich auch die Behandlung innerer Organe (Gehirn, Herz und anderer Eingeweide). Leider werden auch in einem künftigen Kriege die Soldaten der ersten Reihe ihr Leben auf dem Schlachtfelde lassen müssen, als Opfer der neuen Waffentechnik. Aber, so schliesst der Verf., über der grossen Masse unserer jungen Krieger wird eine neue Pallas Athene, bewaffnet mit dem Schilde des Rothen Kreuzes, ihre schützende Hand ausbreiten.



übermässiger **Schleim-** und **Säurebildung im Magen**, Hämorrhoidalleiden, bei **Gelbsucht**, gestörter Blutcirculation, Scrophulose etc. etc. Gegen **Infectionskrankheiten (Cholera, Influenza** etc.) **ist Salvator, als Trinkwasser genossen, ein bewährtes Specificum.**

Das **Lipoczer Salvator-Wasser** eignet sich endlich durch seinen grossen Reichthum an natürlicher Kohlensäure auch ganz besonders als **Erfrischungsgetränk**, denn es ist **eisenfrei** und gibt, mit Wein, Citronensaft oder andern Säuren gemischt, das angenehmste und lieblichste Mousseux.

Der Versandt geschieht in $^1/_2$ und $^1/_1$ Liter Glasflaschen.

Vor Kurzem erschien, **vollständig umgearbeitet:**

Wiener Medicinal-Kalender und Recept-Taschenbuch
für praktische Aerzte.
(Achtzehnter Jahrgang 1895.)

Derselbe enthält: *1. Receptformeln nebst therapeutischen Winken. 2. Anhang: a) Zu subcutanen Injectionen gebräuchliche Medicamente und ihre Dosirung; b) Zu Inhalationen gebräuchliche Medicamente und ihre Dosirung; c) Tropfen-Tabelle. 3. Antidota. 4. Vergleichung der gebräuchlichen Thermometerscalen. 5. Cosmetica. 6. Uebersicht der officinellen, sowie der wichtigeren nicht officinellen Arzneimittel, ihre Dosirung und Anwendung, sowie ihre Preise. Nach der Editio VII. der Ph. Austriaca (1890). 7. Maximaldosen für Erwachsene, welche nach der neuen österreichischen Pharmacopöe (1890) und nach der neuen deutschen Pharmacopöe (1890) zum innerlichen Gebrauch nicht überschritten werden dürfen, ohne dass der Arzt ein (!) hinzufügt. 8. Maximaldosen für Erwachsene und Unerwachsene. 9. Explosive und detonationsfähige Arzneimischungen. 10. Vergleichende Gewichtstabellen. 11. Approximative Berechnung des Inhaltes der üblichen Löffel. 12. Arzneiformeln der österreichischen Militär-Pharmacopöe (1891). 13. Sterblichkeit und mittlere Lebensdauer. 14. Körperlänge und Körpergewicht. 15. Längenwachsthum und Gewichtszunahme des gesunden Kindes. 16. Die normale Dentition. 17. Incubationsdauer infectiöser Krankheiten. 18. Qualitative Harnprüfung. 19. Die Untersuchung des Ohres. 20. Das laryngoskopische Bild. 21. Inhalationen zu geburtshilflichen Eingriffen. 22. Fragebogen behufs Ausstellung von Pareres für die Aufnahme auf die psychiatrische Klinik. 23. Das Gesetz vom 21. December 1891, betreffend die Errichtung von Aerztekammern. 24. Die Bade- und Curorte nach ihrer Charakteristik. 25. Bäder, Brunnen, Curorte, Heilanstalten, Privatkliniken, Mineralwässer, Sanatorien und Sommerfrischen. 26. Künstliche Bäder. 27. Schwangerschafts-Kalender. 28. Sehproben. 29. Krankenanstalten in Wien. 30. Verzeichniss der Aerzte in Wien. — Pharmacopoea elegans. — Allgemeine Anzeigen. — Kalendarium mit Papier durchschossen. — Stempel-Tarif. — Brief-Post. — Tarif für Telegramme nach den europäischen Ländern. — Coupon-Tabelle. — Notizen für alle Tage des Jahres.*

Der Preis derselben ist, ungeachtet aller vorgenommenen Verbesserungen und Vermehrungen, derselbe geblieben (fl. 1·70 mit Franco-Zusendung).

Die Verlagsbuchhandlung
Urban & Schwarzenberg,
Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

778. *Ueber die Verbreitungsweise des gelben Fiebers.*

Von Prof. Dr. ***Ernst Aberg,*** *Stockholm.*

(Nordisk med. Ark. 1893. 8.)

Man wird kaum in einer nordischen medicinischen Zeitschrift originelle Beiträge zur Kenntniss des Wesens einer Krankheit suchen, welche, wie das gelbe Fieber, sich in den Grenzen der Tropenländer hält und nur vereinzelt nach Frankreich und England in nördlichen Breiten verschleppt wurde. Doch sind die neuen Aufschlüsse über die Verbreitungsart dieser Affection, welche die eigentlichen Verhältnisse in ausgezeichneter Weise zu erklären im Stande sind, nicht in Stockholm am Schreibtische erfunden, sondern gründen sich auf Beobachtungen, welche Verf. in mehreren Epidemien von Montevideo und Buenos Ayres zu machen Gelegenheit hatte. Dass das gelbe Fieber seine Ursache in einem Mikroben habe, wird heute wohl Niemand mehr bezweifeln, und der Nachweis eines solchen mit Hilfe des Mikroskops ist eigentlich nur eine Frage der Zeit. Aber die Verbreitungsverhältnisse des gelben Fiebers machen eigenthümliche Lebensverhältnisse dieses pathogenen Mikroorganismus von vornherein wahrscheinlich. Es ist nach Verf.'s Erfahrungen als sicher anzunehmen, dass die Krankheit von dem Gelbfieberkranken auf einen Gesunden nicht übertragen wird. Dagegen behalten die Räume, in denen die Kranken befallen wurden, das Vermögen, auch nach der Entfernung der Kranken Leute, welche sie betreten, rasch zu inficiren, bis durch den Einfluss der geringsten Kälte, eines einzigen Frostes und Reifes, die Epidemie mit einem Schlage erlischt. In dem Betreten solcher Räume besteht in den verseuchten Orten die grösste Gefahr, während die aus solchen Räumen entfernten und nach anderen Gegenden verführten Effecten im Stande sind, die Verbreitung der Krankheit selbst nach einer langen Seereise zu ermöglichen.

Diese Thatsachen, für welche sich auch in der früheren Geschichte des gelben Fiebers mannigfache Belege auffinden lassen, gehen zur Evidenz aus den von Verf. gemachten Beobachtungen in den La Platastaaten hervor. Man hielt sich in diesen für vollkommen sicher und schrieb Rio de Janeiro, wo die Krankheit seit 1849 jährlich herrschte, eine besondere Prädisposition zu, bis das plötzliche Ausbrechen dieser in Montevideo, die zweifelsohne durch Schmuggler eingeschleppt, und die rasche Entwicklung



zu einer Epidemie, die mehr als 10% der Bevölkerung dahin raffte, der Täuschung ein schreckliches Ende bereitete. In dieser Epidemie flüchtete sich eine grosse Anzahl von Bewohnern der Stadt nach Buenos Ayres, erkrankte dort und starb; aber kein einziger der mit ihnen in Berührung gekommenen Pfleger. Aerzte u. s. w. wurde vom gelben Fieber befallen. Mitte März 1858 kam es in Buenos Ayres zu einer Epidemie, während Montevideo völlig frei blieb. Die ersten Fälle betrafen Schiffe, und zwar wie es scheint solche, die beim Löschen der Ladung eines brasilianischen Schiffes im Anfange März thätig gewesen waren. Nicht in der zunächst am Flusse belegenen und längs desselben verlaufenden, niedrigst gelegenen Strasse von Buenos Ayres. sondern in den folgenden, hygienisch anscheinend bessere Verhältnisse bietenden Parallelstrasse bildete sich ein Herd, der sich die Strasse entlang und in die in diese einmündenden Quaistrassen ausdehnte, bis die Polizei die vollständige Ausräumung der verseuchten Localitäten anordnete. Es kam dann allerdings in ziemlicher Entfernung, aber auf derselben Strasse zur Bildung eines zweiten Herdes, und einige sporadische Erkrankungen von Personen. welche in den verseuchten Räumen gewesen waren, folgten, aber mit dem Eintritt eines starken Nachtfrostes im Monat Juli wurde die Epidemie, die etwa 1000 Personen das Leben gekostet hatte. mit einem Schlage beendet. In dieser Epidemie constatirte Verf. die Erkrankung mehrerer Personen, welche in einem unmittelbar an das letzte verseuchte Haus anstossenden wohnten und bei der Evacuation in einen ganz entfernten Theil der Stadt gezogen waren, drei Wochen nach dem Ausziehen in Folge eines längeren Aufenthaltes in dem geräumten Hause während der Morgenstunden; alle übrigen Familienmitglieder blieben gesund. Im März 1870 kam es zu einer kleinen, vermuthlich wieder durch den Schmuggel eingeschleppten Epidemie, die von einem im Centrum der Stadt belegenen Wirthshause ausging. Im November kam eine Gelbfiebererkrankung in der 1858 verseuchten Gegend vor, der sich bald andere Fälle in dem nämlichen und einzelnen Nachbarhäusern anschlossen, die schon im December an Frequenz so zunahmen, dass täglich 40—50 Neuerkrankungen vorkamen. Hier war über Einschleppung nichts zu ermitteln. Diese 1870er Fälle bilden die Einleitung zu der mörderischen Epidemie von 1871, in welcher nach officieller Mittheilung in den Monaten Januar bis Mai 13.727 Personen, in Wirklichkeit aber bis zum Ende, das das gelbe Fieber im Juni fand, wohl 18—20.000 zu Grunde gingen. Auf der Höhe der Epidemie (am 9. und 10. April) starben 501 und 503 im Tage. In dieser Zeit und schon vorher flüchtete sich, wer irgend konnte. wodurch die zahlreichen Dörfer und kleinere Städte um Buenos Ayres überfüllt wurden; mehrere der Geflüchteten erkrankten und starben, aber nirgendwo entstand ein neuer Krankheitsherd und nirgendwo kam es zu Ansteckung durch unmittelbare Uebertragung, während allerdings Personen vom Lande in Folge von Besuchen der Stadt erkrankten.

Diese eigenthümliche Verbreitungsweise lässt sich wohl verstehen, wenn man annimmt, dass der pathogene Mikrobe des gelben Fiebers drei verschiedene Formen annehmen kann. Diese sind:



1. die Sporen, die exogene Form, durch welche das gelbe Fieber von einem Lande zum anderen übertragen wird. Hat sich ein Herd gebildet, so dient dieselbe Form durch langsame Bildung neuer Sporen zu dessen Vergrösserung. Diese Form ist in den endemischen Herden stets reichlich vorhanden und unterhält dort die Existenz der Krankheit, wenn individuelle Krankheitsfälle nicht vorhanden sind;

2. eine vegetative exogene Form, die sich durch Keimung der Sporen entwickelt. Diese wuchert stark und bildet die Ursache der Epidemie, inficirt die Personen und bildet die Gefahr des Herdes selbst lange Zeit nach der Evacuation der Bewohner. Sie geht wie alle tropischen Pflanzen unter dem Einfluss eines einzigen Nachtfrostes zu Grunde, der in dieser Weise der Epidemie ein plötzliches Ende macht;

3. eine dritte, endogene Form, die durch Absorption der zweiten in den Körper gelangt, die Ursache der Erkrankung durch die von ihr herrührenden Veränderungen des Blutes setzt, aber keine Gefahr der Transmission auf Gesunde bietet.

Die Vermuthung Verf.'s, dass der pathogene Mikrobe des gelben Fiebers dem Malaria-Plasmodium nahestehe, findet in verschiedenen Analogien, besonders in der Nichtübertragbarkeit von Person zu Person, Anhaltspunkte.

In Bezug auf die staatliche Prophylaxe verwirft der Verf. die Quarantaine, die nur bei 14tägiger Dauer Sicherheit gewährt. In den 1871 in Buenos Ayres errichteten Baracken für evacuirte Arme erkrankte Keiner, der unausgesetzt 12 Tage darin geblieben war. Durchaus nothwendig ist dagegen die Desinfection des Gepäcks und der Kleidungsstücke. Von Communen sollte die Evacuation der verseuchten Wohnungen sobald wie möglich vorgenommen werden. Privatpersonen sollen den Besuch inficirter Häuser meiden. Schiffer sollten in der Zeit von October bis April, in der das gelbe Fieber am heftigsten ist, brasilianische Häfen nur berühren, wenn sie durch das Consulat von der Abwesenheit epidemischer Krankheit sichere Kunde haben. In inficirten Häfen ist die Mannschaft von dem Besuche der verseuchten Stadttheile fernzuhalten. *Th. Husemann.*

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

779. ***Ueber ein bisher nicht gewürdigtes Symptom des Diabetes mellitus.*** *Von Dr.* ***Unschuld****, Neuenahr. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 28. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 62.)*

Da Verf. jedes Jahr in Neuenahr Krankheitsfälle in Behandlung bekam, bei denen er Diabetes constatiren konnte, obgleich vorher eine andere Krankheit diagnosticirt war, lenkte er schon früher die Aufmerksamkeit auf 3 Punkte, welche häufig die Krankheit maskirten, nämlich: 1. chronische Magencatarrhe, besonders nervöse Dyspepsie; 2. gewisse Sensationsstörungen im Leib, die theils für Hysterie, theils für Hypochondrie erklärt waren, und 3. Albuminurie. Verf. hat bei über 100 Diabetikern in den verflossenen 9 Jahren die Beobachtung gemacht, dass die Krankheit oft erst



nach jahrelangem Bestehen erkannt wird, besonders wenn ungewöhnliche Mengen Urin entleert werden oder bei einer Untersuchung des Urins auf Zucker zum Zweck einer Lebensversicherung. Seit 1885 hat Verf. 35 Fälle von Diabetes notirt, die nach Neuenahr zur Cur kamen mit anderen Diagnosen, nämlich: 1. Nervosität und Neurasthenie 10 Fälle; 2. Magenaffectionen und gastrische Beschwerden 11 Fälle; 3. Gicht 1 Fall; 4. Furunculosis 1 Fall; 5. Catarrhe der Athmungsorgane und Lungenaffectionen 5 Fälle; 6. Hautausschlag 1 Fall; 7. allgemeine Schwäche 1 Fall; 8. geistige Ueberarbeitung 1 Fall; 9. Fettherz 1 Fall; 10. Nephritis 1 Fall; 11. Gallensteine 1 Fall; 12. Blasencatarrh 1 Fall.

Bei fast allen Fällen fehlten heftiger Durst und reichliche Urinabsonderung. Unter den Klagen im Beginn der Erkrankung ist eine der häufigsten die über Wadenkrämpfe, die nur von *Erb* erwähnt wird. Seit 8 Jahren hat Verf. dieselbe bei 26% constatirt und 1891 unter 109 Diabetikern sogar 33 Mal. Diese Wadenkrämpfe stellen sich meistens morgens beim Erwachen oder auch in der Nacht, jedesmal wenn die Kranken mit dem Bedürfniss zu uriniren aufwachen, ein, seltener am Tage. Wenn daher Wadenkrämpfe des Morgens auftreten und der Patient zugleich über Müdigkeit und Schwäche bei und nach dem Aufstehen klagt, so muss der Urin auf Zucker untersucht werden. Die Wadenkrämpfe stehen, wie es scheint, in keiner Verbindung mit der ätiologischen Ursache der Krankheit, kommen in allen Formen des Diabetes vor und haben auf den Verlauf der Krankheit keinen Einfluss. Gehversuche, festes Auftreten, Frottiren und Massiren bringt sie zum Schwinden. *Erb* suchte sie als durch die Wasserverarmung des Blutes bedingt zu erklären, doch kommen sie auch vor bei Diabetes insipidus und bei Initialzuständen der Krankheit, wo keine Wasserverarmung besteht. *Edinger* glaubt, dass diabetische Muskeln zu Krämpfen geneigt sind, da die Zuckungsform derselben verändert ist, während *Eulenburg* die Ursache in einem Reizzustand der Muskeln durch Anhäufung von Zersetzungsproducten (Milchsäure, Kohlensäure) oder auch in Ernährungsstörungen in Folge der Circulationsstörung in den kleinen Gefässen sucht. Verf. hält die Wadenkrämpfe für ein ebenso zur frühzeitigen Erkennung des Diabetes dienendes Symptom, wie Pruritus, Karbunkel, Ischias und Gangrän.

780. ***Lactationspsychosen.*** *Von Dr.* ***Toulouse.*** *(Archiv de Tocol. et de Gynéc. Februarheft. 1894. — Der Frauenarzt. 1894. 8.)*

Unter den Puerperalpsychosen nehmen die mit der Stillung zusammenhängenden einen besonderen Platz ein. Nur selten schliessen sie sich unmittelbar an die Geburt an und sind in solchen Fällen nur schwer von den Wochenbettspsychosen zu unterscheiden. Für gewöhnlich treten dieselben erst nach mehrmonatlichem Stillen, und zwar besonders bei Frauen der armen und arbeitenden Classe auf. Eine dritte Form beobachtet man zur Zeit der Entwöhnung. Geistige Verwirrtheit geringeren Grades begleitet oft Mammaabscesse und muss dann wohl direct als die Folgeerscheinung des bestehenden septischen Processes gedeutet werden. Die Geistesstörung während der Lactation beginnt fast stets unter der Form eines leichten Deliriums nach einer Gemüthsbewegung oder einem



Diätfehler, so dass man es als Regel aufstellen kann, dass ihr gewisse physikalische Erscheinungen vorhergehen. Die Patientin sieht bleich und übel aus, leidet an Palpitationen, Indigestionen und klagt über Schlaflosigkeit. In 25 Fällen der Art entwickelte sich Melancholie 11 Mal, Manie 11 Mal und partielles Delirium 3 Mal. Die Prognose ist relativ günstig; von den genannten Fällen endigten 20 mit vollständiger Wiederherstellung. Ebenso wie bei der Puerperalmanie muss auch bei der Lactationspsychose eine Autoinfection als Veranlassung der Krankheitserscheinungen angenommen werden.

781. ***Krisen im Olfactoriusgebiet bei einem Tabiker.*** *Von Dr. **C. Negro.** (Gazetta med. di Torino. 1894. 10. März. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 40.)*

Während die „Krisen“ im Gebiete der sensiblen Nerven zu den bestgekannten Erscheinungen in der Phänomenologie der Tabes dorsalis gehören, sind die Angaben über paroxystisch auftretende Symptome von Seite des Sinnesnerven sehr spärlich und beziehen sich fast ausschliesslich auf den Opticus und Acusticus. Daher verdient wohl die vorliegende Beobachtung Interesse, bei der es sich um eine Erscheinung handelt, welcher Verf. in Analogie zu den Krisen der sensiblen Nerven den Namen „Olfactoriuskrisen“ gegeben hat. Es handelte sich um einen 44jährigen Mann, aus dessen Anamnese eine vor 14 Jahren acquirirte Lues zu erwähnen ist und der ausgesprochene Zeichen einer Degeneration der Hinterstränge darbot. (Pupillenstarre, beginnende Opticusatrophie, Fehlen der Kniephänomene, zerstreute hypoästhetische Zonen auf Haut und Schleimhäuten, *Romberg*'sches Phänomen und Schmerzparoxysmen, besonders in den unteren Extremitäten.) Das quälendste Symptom waren sehr heftige und in ziemlich kurzen Intervallen auftretende Crises gastriques. Jedesmal nun beim Herannahen der gastrischen Krisen, die bisweilen eine Dauer von mehreren Stunden hatten, zeigte Pat. eine ganz ausgesprochene Hyperosmie derart, dass er im Stande war, aromatische Substanzen auf eine Entfernung von 3—4 Meter mittelst des Geruchsinns zu erkennen, während in der anfallsfreien Zeit diese Entfernung um mehr als drei Viertel reducirt werden musste. Um die Erregbarkeit des Olfactorius auch auf andere Weise zu prüfen, schlug Verf. in der Erwägung, dass der specifische Geschmack aromatischer Substanzen durch den Geruchsnerv vermittelt wird, den Weg ein, dass er Pfefferminz in sehr verdünnter Lösung tropfenweise auf die Zunge brachte. Das Resultat war, dass in der anfallsfreien Zeit die Lösung, um eine Geschmacksempfindung auszulösen, eine mehr als doppelt so starke Concentration haben musste, als in der Periode der Hyperosmie. Zu erwähnen ist noch, dass in qualitativer Beziehung die Geruchsempfindung nicht alterirt war. Es ist dies differentialdiagnostisch wichtig, da bei den bei Hysterischen und Geisteskranken beobachteten Hyperosmien fast stets auch gleichzeitig Parosmie vorhanden ist. Der vorliegende Fall unterscheidet sich auch von den von *Althaus*, dem einzigen Autor, der die von Seiten des Olfactorius im Verlaufe der Tabes auftretenden Erscheinungen eingehender behandelt, mitgetheilten: in keinem der Fälle des letztgenannten Autors trat die Hyperosmie in Form von Paroxysmen



auf, sondern in allen war sie längere Zeit constant, um dann einer vollständigen und dauernden Anosmie Platz zu machen.

782. ***Scarlatina maligna. Anuria. Behandlung durch kalte Bäder. Heilung.*** *Von Jouhel-Renoy, Paris. (Journ. de clinique et de thérapeutique infantile. 1894. 16. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 40.)*

Es handelte sich um ein $5^1/_2$jähriges Kind, welches 2 Tage nach Beginn des Scharlachexanthems Convulsionen bekam, die von starken Delirien und einer comaähnlichen Schlaftrunkenheit unterbrochen wurden. Verf. fand das Kind in einem typhösen Zustande, stark fiebernd (über 40°), mit sehr frequentem, kaum zählbarem Puls. Seit 12 Stunden bestand völlige Anurie. Der Rachen war mit reichlichem speckigen Exsudat ausgekleidet. Verf. gab trotz heftigen Widerstandes der Familie sofort ein kaltes Bad von 25° mit Uebergiessung von Wasser von 16° über den Kopf des Kindes, welches bald darauf aus seiner Schlaftrunkenheit erwachte und drei Gläser kalte Milch trank. Die Uebergiessungen wurden dann noch fortgesetzt, und als nach 10 Minuten Schaudern eintrat, wurde das Kind in's Bett zurückgebracht und nur leicht zugedeckt. worauf es nach $^1/_2$ Stunde in einen ruhigen Schlaf fiel. Nach diesem kalten Bade kehrten die Delirien nicht wieder, das Kind schlief in der folgenden Nacht gut und war am nächsten Tage sogar heiter. Am nächsten Tage wurden 400 Grm. Urin gelassen, die Temperatur schwankte zwischen 38·5° und 39·0° und das Exsudat auf den Tonsillen ging mehr und mehr zurück. Der weitere Verlauf der Krankheit war der eines gewöhnlichen Scharlachs. Dieser Fall ist ein typisches Beispiel eines malignen Scharlachs, bei welchem die Nierenfunction immer sehr gestört ist. Verf. hat schon 1886 bei einem anderen Falle an Anuria scarlatinosa praecox, der zur Section kam, gezeigt, dass es sich dabei um Niereninfarcte handelt, trotzdem keine Herzaffection vorhanden ist. Durch die Anurie waren Delirien und Convulsionen aufgetreten und durch die mächtige diuretische Wirkung des kalten Bades wurde die Anurie beseitigt, worauf die nervösen Erscheinungen nachliessen, die Intoxicationserscheinungen verschwanden und der typhöse Zustand aufhörte. Wenn nun auch Malignität, Anurie und Retention toxischer Producte nicht gleichbedeutend sind, so ergeben sich doch ähnliche Zustände, und gegen die daraus entstehenden Gefahren ist das kalte Bad das wirksamste Mittel, weil es in fieberhaften Zuständen das mächtigste diuretische Mittel ist.

783. ***Zur Behandlung der Epilepsie.*** *Von Conrad Alt. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 12. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 62.)*

Verf. berichtet über 7 Fälle von Epilepsie, in denen durch Anwendung der Magenpumpe mit entsprechender Diät und Karlsbader Salz, durch Jodkalium ($1^1/_2$ Grm. pro die) und Bromkalium (2 Grm. Abends), beziehungsweise Galvanisation durch den Kopf, durch Behandlung eines Dickdarmcatarrhs, durch Trepanation, durch galvanokaustische Entfernung von Hypertrophien der Nasenmuscheln, endlich durch Brom Besserung, beziehungsweise Heilung erzielt worden ist. Mit *Möbius* unterscheidet Verf. eine endogene und exogene Form der Epilepsie. Bei der ersteren handelt es sich um eine angeborene Widerstandsunfähigkeit gegen Einwirkung

von Reizen, während bei der exogenen Form das Gehirn durch allerhand Schädlichkeiten insgesammt oder in einzelnen Theilen, direct oder indirect, vorübergehend oder dauernd, derartig getroffen wird, dass die ursprünglich vorgesehenen Hemmungsvorrichtungen zur Aufhaltung, respective Abschwächung physiologischer oder pathologischer Reize nicht mehr ausreichen. Was die Aetiologie der endogenen Form betrifft, so fand Verf. 50% erbliche Belastung bei 132 Fällen. Fast die Hälfte aller Belasteten sind gleichartig belastet, d. h. in der Ascendenz kam bereits Epilepsie vor. Von besonderer Wichtigkeit bei der Erzeugung der endogenen Epilepsie sind die Gifte, in erster Linie der Alkohol. Die Ursachen der erworbenen Epilepsie können ungemein verschieden sein, besonders sind auch hier wieder die Gifte (Alkohol, Syphilis, Morphium, Blei etc.) hervorzuheben, dann spielen die Toxine der acuten Infectionskrankheiten (Scharlach, Diphtherie, Masern, Typhus, Influenza etc.) eine Rolle, ferner die Polioencephalitis acuta. Auch unschädliche Darmbacterien können unter Umständen virulent werden und durch Toxalbuminbildung auf die Rinde einwirken. Jeder Fall soll also somatisch und speciell neurologisch auf das Genaueste untersucht werden. Werden körperliche Erkrankungen gefunden, so sind diese zunächst nach den entsprechenden Angaben zu behandeln. Ist die Ursache beseitigt, so hat man die Reizbarkeit des Gehirns direct zu bekämpfen. Hierbei leistete Bromkalium, das vorher versagt hatte, oft gute Dienste. Die Tagesdosis muss in jedem Falle sorgsam ausprobirt werden. Man sucht einen solchen Grad von Bromvergiftung zu erzielen, dass eben die Reflexerregbarkeit des Gaumens und Schlundes schwindet. Diese Dosis muss nun jahrelang beibehalten werden. Niemals darf man plötzlich mit der Darreichung des Broms aufhören. Zur Verhütung der Acne empfiehlt sich fleissiges Baden. Complicationen von Seiten des Herzens machen von Zeit zu Zeit Digitalis, Strophantus etc. erforderlich. Im Status epilept. ist Chloral unentbehrlich. Auch das weniger gefährliche Chloralformamid thut gute Dienste. Bei nächtlichen Anfällen Amylenhydrat 2—4 Grm. Abends, zur Zeit des zu gewärtigenden Anfalles. Bei den „Zahnkrämpfen“ der Kinder 1/3—1 Grm. im Stärkeklysma. Auch Opium per Klysma wirkt bei Kindern gut.

Neuere Arzneimittel.

784. ***Salophen, ein Heilmittel bei acutem Gelenkrheumatismus.*** *Von Dr. Holzschneider. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 38. — Therap. Monatsh. 1894. pag. 359.)*

Bei einem 35jährigen Herrn, der an intensivem acuten Gelenkrheumatismus erkrankt war, beobachtete Verf. schon nach geringen Dosen von 1·0 Natrium salicylicum eine grosse Prostration der Kräfte und vor Allem Dyspepsie und Darniederliegen der Magenthätigkeit mit Uebelkeit, Erbrechen, Ohrensausen u. s. w. In Folge dessen war die Behandlung erschwert und Patient in 14 Tagen sehr heruntergekommen. Da entschloss sich Verf., die Anwendung



von Salophen zu versuchen, und erreichte etwa 3—4mal täglich 1·0 Grm. Dasselbe wurde gut vertragen. Die Schmerzen liessen sofort nach und die Anschwellung der Glieder ging in kurzer Zeit zurück. Schon nach den ersten 4·0 war eine bedeutende Besserung eingetreten. Es wurde das Salophen in Dosen von je 1·0 gereicht, und zwar die ersten 2 Pulver halbstündlich, später stündlich, das dritte Gramm 2 Stunden nach dem zweiten Pulver und 2 Stunden später das vierte. Jedesmal trat schon nach dem ersten Pulver Schweissausbruch und allgemeine Euphorie ein.

785. ***Ueber die Wirkung des Tolysals.*** *Von Dr. Bothe, Freiburg i. S. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 32.)*

Verf. hat das Tolysal in 147 Dosen an 28 Personen als Anodynum versucht. Es wurde zur Hälfte an Geistesgesunden, zur Hälfte an Irren, Epileptikern und Idioten der Irrenanstalt Tost geprüft. Es wurde versucht als Anodynum bei dem Kopfschmerz Neurasthenischer und dem Hysterischer, bei Kopfschmerz in Folge organischen Hirnleidens, bei Kopfschmerzen in Folge alter Lues und bei Gelenkschmerzen des chronischen Gelenkrheumatismus. In einer Anzahl Fälle von Knochenschmerzen bei Neurasthenie erwies sich das Tolysal als ein ganz vorzügliches Anodynum; und zwar wirkte es in manchen Fällen, wo Antipyrin wirkungslos geblieben war, in einigen Fällen befreiend, wo Antipyrin nur von erleichternder Wirkung gewesen war. Der Kopfschmerz Hysterischer wurde bald beeinflusst, bald nicht. In ganz eclatanter Weise wirkte das Tolysal in einem Falle von echter Migräne bei einer Frau von 35 Jahren, wo eine Gabe von $1^1/_2$ bis 2 Grm. promptes Coupiren des Anfalles zur Folge hatte, und zwar ohne Nachlassen des Erfolges bei wiederholter Darreichung. Wirkungslos blieb das Mittel in einem anderen Falle von Migräne bei einem Manne. Auf Kopfschmerzen in Folge organischen Hirnleidens, auf Knochenschmerzen bei alter Lues und bei veraltetem Gelenkrheumatismus war das Tolysal ohne Einfluss. Auf Kopfschmerzen in Folge übermässigen Genusses alkoholischer Getränke wirkte es wie Antipyrin günstig. Von ganz besonders günstigem Einfluss war das Tolysal durch seine das Einschlafen befördernde Wirkung bei Neurasthenie mit starken Kopfschmerzen. Es war diese günstige Wirkung auf das Einschlafen die Ursache, dass Verf. das Tolysal bei einer Anzahl psychisch Kranker anwandte, welche, ohne eigentlich erregt oder unruhig zu sein, nach dem Zubettgehen noch stundenlang wach bleiben und durch Plaudern die Ruhe auf dem Schlafsaal stören. Bei einer Anzahl solcher Kranker hatte in der That eine Gabe Tolysal, beim Zubettgehen genommen, regelmässig Einschlafen innerhalb kurzer Zeit zur Folge. Die Höhe der Gabe, in der das Tolysal genommen wurde, war $1^1/_2$—2 Grm., meist 2 Grm., 1 Grm. war fast immer wirkungslos. Das Tolysal schmeckt sehr schlecht. Eine Anzahl Patienten weist es deshalb zurück; doch ist es in heisser Suppe oder in echtem bayerischen Bier ohne Schwierigkeit zu nehmen. Für die Regel dürfte sich wohl die Anwendung in Oblaten empfehlen. Unangenehme Nebenwirkungen waren in einer Reihe Fälle zu verzeichnen. In den leeren Magen genommen machte es stets Uebelkeit, über die auch sonst einigemale geklagt wurde. Schwindel-



gefühl wurde einigemal, und zwar übereinstimmend von Verschiedenen, die es genommen, spontan angegeben. Es dürfte sich dies jedoch wohl immer vermeiden lassen, wenn man jeder Gabe eine mehrstündige Rückenlage folgen lässt. Ueber ein belästigendes Gefühl von aufsteigender Hitze wurde einigemale geklagt, auch da, wo die Wirkung betreffs der Befreiung von Kopfschmerz eine günstige war. Als Ergebniss der Arzneiprüfung dürfte hinzustellen sein: dass das Mittel als Anodynum alle Aufmerksamkeit verdient und weiterer Versuche jedenfalls werth erscheint.

786. ***Zur Therapie des Diabetes mellitus.*** *Von Dr.* ***Lenné****, Bad Neuenahr. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 62.)*

Im Maiheft der Ther. Monatshefte 1894 hat Verf. über einen mit Extr. Syzyg. jamb. fluide Cort. behandelten Fall von Diab. mell. berichtet, bei welchem er, entgegen den überaus günstigen Erfolgen, welche *Vix* zu verzeichnen gehabt, aber in Uebereinstimmung mit seinen früher mit der pulverisirten Frucht des Syzyg. jamb. erzielten Resultaten, bei Verabreichung von 1000 Grm. des Extractes, in Tagesdosen von 45 Grm., auch nicht den geringsten Einfluss auf die Herabsetzung weder der Zuckerausscheidung, noch der Eiweisszersetzung zu verzeichnen in der Lage war. Bei demselben Kranken, einem 22jährigen Schustergesellen, wandte Verf. im weiteren Verlaufe der Behandlung das Salol nach der Vorschrift von *Nicolaier* (Ther. Mon. März 1893) dreimal täglich 2 Grm an. Der Erfolg betreffs Herabsetzung der Zuckerausscheidung war ein befriedigender, bei einem zweimaligen Versuche war nach sechstägigem Einnehmen des Mittels bei gleicher Lebensweise der Zucker erheblich vermindert worden; bei dem ersten Versuche sank der Zucker im Urine von 44 Grm. auf 13·5 Grm., beim zweiten von 26·72 Grm. auf 4·62 Grm. innerhalb 24 Stunden. Trotz dieser die Zuckerausscheidung herabsetzenden Eigenschaft ist es Verf. zweifelhaft, ob dasselbe als Heilmittel zu empfehlen ist, und zwar zunächst deshalb, weil es, wie auch *Nicolaier* bemerkt, keine die Eiweisszersetzung hemmende Wirkung äussert. Und das scheint für jedes Mittel eine unerlässliche Forderung, wenn dasselbe als den diabetischen Krankheitsprocess heilend betrachtet werden soll. Eine Herabsetzung der Zuckerausscheidung nutzt gar nichts, wenn die Zersetzung von Organeiweiss beim Diabetiker ungestört weiter vor sich geht. Aber auch aus anderen Gründen scheint das Mittel nicht sehr empfehlenswerth, nämlich seiner unangenehmen Nebenwirkungen halber. Im Gegensatze zu *Nicolaier* hat Verf. recht häufig zum Theil alarmirende Erscheinungen: dunkelgrünlich verfärbten Urin, Schwindel, Ohrensausen, Appetitlosigkeit, Brechneigung beim Gebrauche des Salols auftreten sehen.

787. ***Zur Behandlung der Dysenterie und der Sommerdiarrhoen mit Decoctum simarubae.*** *Von Doctor* ***F. Uhle****. (Therap. Monatsh. 1894. Juli.)*

Verf. behandelt seit Langem die acute und chronische Dysenterie folgendermassen: Neben einem entsprechenden diätetischen Regime lässt er den Darm durch eine Dosis Ricinusöl entleeren, spült eventuell den letzteren mit einer $\frac{1}{2}$—1%igen Tanninlösung ausgiebig aus und lässt dann das Decoct nach folgender



Vorschrift nehmen: Rp. *Decoct. simarubae 8·0 : 170·0, Vin. cognac. Mucilag. salep. aa 10·0, Tinct. Opii 0·5—1·0, Sir. cor. aurant. 25·0.* MDS. 2stündlich 1 Esslöffel. Bei dieser Vorschrift gehen die objectiven wie subjectiven Symptome der Dysenterie in den meisten Fällen sehr schnell zurück. In noch höherem Grade werden durch dieses Mittel die Sommerdiarrhoen der Erwachsenen und Kinder beeinflusst. Bei diesen lässt er die vorherige Entleerung des Darmes fort und verordnet von vorneherein das Decoct selbstverständlich mit Innehaltung des diätetischen Regimen. Bei Kindern, namentlich in den ersten Lebensjahren, lässt er das Opium fort und setzt statt dessen Acid. tannic. 0·5—1·0 hinzu. Rp. *Decoct. simarubae 2·5 : 70·0, Acid. tannic. 0·5, Vin. Hungar. 10·0, Mucilag. salep. 15·0, Sir. cort. aurant.* oder *papaveris 15·0.* MDS. stündlich 1 Theelöffel.

788. ***Ueber die antiseptischen Eigenschaften des polymerisirten Formaldehyds und die innerliche Anwendung desselben.*** *Von Aronson. Vortrag im Verein für innere Medicin. Berlin, 12. März 1894. (Centralbl. f. klin. Med. 1894. 13.)*

Verf., der sich seit längerer Zeit mit dem Formaldehyd beschäftigt, hat gefunden, dass dasselbe schon in minimalen Mengen entwicklungshemmend auf Bacterien wirkt. Durch das Zusammentreten mehrerer Molekülgruppen des Formaldehyds entsteht das Trioxymethylen, dessen antiseptische Eigenschaften dem Verf., der den Namen „Paraform“ für den Stoff vorschlägt, höchst bemerkenswerth erscheinen. Er hat seine Untersuchungen, die sich ausser auf Paraform noch auf β-Naphthol, Naphthalin, Salol und andere Körper bezogen, in der Weise angestellt, dass er im Reagensglas 10 Ccm. verflüssigte Gelatine oder Agar, die er mit vollgiftigen Culturen beschickt hatte, mit 5 Cgrm. der verschiedenen Substanzen versetzte und nach sorgfältiger Vermengung die Röhrchen zu Platten ausgoss. Er fand auf diese Weise, dass nur das Paraform und das β-Naphthol die Entwicklung der Bacterien hinderten, während das Salol und andere als Darmantiseptica empfohlene Mittel auf das Wachsthum der Mikroorganismen keinerlei hemmenden Einfluss zeigten. Das Paraform entfaltet ungleich stärkere Wirkungen als das β-Naphthol, denn während die unterste Grenze der Wirksamkeit für letzteres bei 0·01 : 30 erreicht ist, liegt sie für das Paraform bei 0·01 : 500. Zur Sterilisirung von 200 Ccm. Urin sind 5 Cgrm. Paraform erforderlich. Thiere vertragen sehr hohe Gaben von Paraform; Mäuse starben erst nach Einverleibung von 7 Cgrm., während grössere Hunde durch das Mittel überhaupt nicht getödtet werden können. Verf. selbst vertrug anstandslos 3—5 Grm. Eine Abnahme der gepaarten Schwefelsäuren im Harn, welche nach *Baumann* den feinsten Indicator für den Grad der bestehenden Darmfäulniss repräsentiren, konnte er nicht constatiren. Das Paraform tödtet nicht nur die Bacterien selbst, sondern macht auch die von ihnen entwickelten Producte unschädlich, eine Wirkung, die es mit den meisten anderen Antisepticis nicht theilt. Verf. hat auf Grund seiner Versuche für berechtigt erachtet, auch die Anwendung des Paraforms am Menschen zu erproben und hat es 20 an Cholera nostras leidenden Kindern in Gaben von 0·05—1 Grm. verabreicht. Mit dieser Be-



handlung will er eben so gute Resultate wie mit der Calomeltherapie erzielt haben. Er glaubt daher das Mittel als ein beachtenswerthes Darmdesinficiens gegen Darmkatarrhe, Typhus und Cholera empfehlen zu können. Das Paraform wirkt im Darm durch die Abgabe von Dämpfen. In dieser Meinung bestärkt ihn der Umstand, dass, falls die Abgabe der Dämpfe durch einen Fettzusatz hintangehalten wird, das Paraform gänzlich unwirksam bleibt. Auch an chirurgischen Fällen hat Verf. das Präparat erprobt, hat aber von weiteren Versuchen abstehen müssen, da die damit behandelten Wundflächen sehr stark gereizt wurden.

789. ***Analgetische Wirkung des Guajakol.*** *Von **Aporti.** (Gazz. degli ospedali. 1894. 75, pag. 811. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 32.)*

Bei der Verwendung der endermatischen Guajakolpinselungen gegen Diphtherie konnte man eine bedeutende Verminderung der Schmerzen constatiren. Diese Erscheinung veranlasste Verf. zur systematischen Anwendung von Guajakolpinselungen bei neuralgischen Schmerzen. Er verwendete Lösungen von Guajakol in Glycerin (1 : 2 oder 1 : 1). Zwei- bis dreimal täglich werden 3 bis 5 Ccm. dieser Mischungen an den schmerzhaften Stellen aufgetragen, darauf mit impermeablem Stoffe und hydrophiler Watte die kranke Partie bedeckt. Die Wirkung ist eine sehr prompte und hält durch 4—8 Stunden an. Nur bei hoch fiebernden Kranken muss man wegen der Möglichkeit eines Collapses vorsichtig sein, sonst ist die Anwendung des Mittels ganz gefahrlos. Hier und da kamen Necrosen der oberflächlichsten Gewebsschichten zur Beobachtung. Bei verschiedenen Formen von Neuralgien, Neuritis, Gelenksrheumatismus stellte sich sehr bald die erwartete Wirkung ein.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

790. ***Ein Fall von Epilepsie durch Curare geheilt.*** *Von **Dobronrawo.** (Semaine médicale. 1894. 39. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 62.)*

Ein 16jähriger Knabe, welcher seit seiner Kindheit an häufigen Anfällen von Epilepsie litt, merkte das Herannahen eines Falles in der Regel daran, dass er kurz zuvor im rechten Knie ein eigenthümliches Gefühl von Kribbeln empfand. Die Anfälle selbst wurden im Laufe der Jahre immer häufiger. Eines Tages wurde der Patient wegen eines plötzlich auf der Strasse aufgetretenen Anfalles in das Hospital von Saratow geschafft; hier traten die Krampfanfälle in Intervallen von wenigen Minuten auf. Sie wurden durch alle bekannten Mittel ohne jeden Erfolg bekämpft (Jodkali, Bromkali in hohen Dosen, Antipyrin, salicylsaures Natrium und Chloral). Endlich, nachdem 12 Stunden hindurch die vorstehenden Mittel vergeblich angewandt worden, um die Anfälle zu bekämpfen, nahm Verf. seine Zuflucht zu subcutanen Injectionen von 6 Mgrm. Curare. Hierauf liess die Häufigkeit der Attaken etwas nach, am nächsten Tage waren dieselben gänzlich verschwunden, nur noch ein geringes Mattigkeitsgefühl empfand



Patient in allen Muskeln, besonders ein unbestimmtes und ein taubes Gefühl im Niveau des rechten Knies im Laufe der folgenden Tage. In fünftägigen Intervallen wurden ihm noch fünf Injectionen in Dosen von 6—7½ Mgrm. Curare gemacht. Weitere Anfälle traten nicht auf, seit mehreren Monaten hält die Heilung an.

791. ***Salzsaures Hyoscin gegen Paralysis agitans.*** *Von Dr. D. Renzi. (Nouveaux rémèdes. 1894. 7. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 62.)*

Verf. hat Injectionen von salzsaurem Hyoscin besonders gegen das Zittern bei Paralysis agitans verwendet. Bei 3 Patienten wurde nach Verabreichung der Injectionen nicht allein das letztere, sondern auch die anderen Krankheitssymptome gebessert. Das Zittern weicht gewöhnlich ½ Stunde nach Application der Injection, erscheint allerdings nach einer verschieden grossen Zeit wieder auf der Bildfläche; niemals verschwindet es länger als für 18 Stunden nach Verabreichung des Hyoscins. Am zweckmässigsten bedient man sich folgender subcutan einzuspritzender Lösung: Rp. *Hyoscini muriatic. 0·01, Aquae dest. 20,* so dass pro dosis ½ Mgrm. Hyoscin injicirt wird. Die Anfangsdosis beträgt indessen nur $^1/_{10}$ Mgrm. Hyoscin. Später steigt man allmälig.

792. ***Zur Behandlung von Lähmungen mit Strychnin-injectionen.*** *Von Dr. v. Boltenstern, Freystadt. (Therap. Monatsh. 1893. 8. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 65.)*

Ein sehr robust gebauter Bäckermeister mit colossal entwickeltem Fettpolster, der enorme Mengen Spirituosen gewohnheitsmässig zu sich nahm. war unter gastrischen Erscheinungen erkrankt. Als er in Verf.'s Behandlung kam, war er an den unteren Extremitäten gänzlich, an den oberen fast gänzlich gelähmt. Mit den Händen konnte nicht der geringste Druck ausgeübt werden, das Festhalten von Gegenständen, wie Löffel u. dergl, war unmöglich. Die Leber war bedeutend vergrössert, die Herzthätigkeit schwach und aussetzend, der spärliche Urin eiweisshaltig. Durch wiederholte Verabreichung von Digitalis (1 : 200), von Natr. salicyl. und Tinct. sem. colch. wurden die Beschwerden in einigen Wochen gehoben, doch blieben die Lähmungen bestehen. Nunmehr begann Verf. die Behandlung mit Strychnininjectionen. Am ersten Tage injicirte er von einer 1%igen Lösung von Strychn. nitr. $^1/_{10}$ Pravazspritze und steigerte täglich die Dosis um die gleiche Quantität bis zur ganzen Spritze. Die kleinste Dosis enthielt also 0·001, die grösste 0·01 Strychn. nitr. Daneben wurde alle Tage ein Bad von 30° mit kalten Uebergiessungen und später jeden zweiten Tag der faradische Strom (Pinsel) an den gelähmten Extremitäten angewandt, und zwar circa 4 Wochen lang. Der Alkoholgenuss wurde strengstens regulirt. Abgesehen von zweimaligem Collapsanfall bald nach Beendigung der Cur, welcher jedesmal durch einige Dosen Coffein. citr. (0·2) leicht bekämpft wurde, besserte sich das Befinden zusehends. Vier Wochen nach Beginn der Injectionscur konnte der Patient sich im Bette selbstständig aufrichten und den Löffel zum Munde führen; nach weiteren vier Wochen machte er die ersten Gehversuche und nach ferneren 14 Tagen konnte er sich ohne fremde Hilfe vom Stuhl erheben und schrittweise langsam im Zimmer umhergehen und circa 4 Monate nach Beginn der Strychnin-

cur vermochte er wieder in seinem Gewerbe thätig zu sein. Den günstigen Verlauf der bei Eintritt in die Behandlung schon über zweite Monate bestandenen schweren Lähmung und ihre Heilung glaubt Verf. der Injectionscur mit Strychnin zuschreiben zu dürfen.

793. ***Behandlung der Enuresis nocturna.*** *Von* ***Mac Alister.*** *(Med. Chron. 1894. Juli. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 15.)*

Verf. empfiehlt folgende Behandlungsart, die in der Anwendung von Atropin in steigenden Dosen bis zur Grenze der Toleranz beruht. Für einen 14jährigen Knaben lautet seine Verordnung: Rp. *Liquor. atropin. sulfur. (2%) 5·6 Grm., Liquor. strychn. hydrochlor. 0·25 Grm., Syrup. aurantior. ad 30·0 Grm.* S. 5 Tropfen des Syrups in einem Esslöffel voll Wasser Abends 9 Uhr zu nehmen und mit den Dosen nach Verordnung zu steigen. Der Patient darf nach 6 Uhr Abends nichts mehr trinken, um 9 Uhr soll er seine Tropfen nehmen und um 10 Uhr zu Bett gehen, nachdem er urinirt hat. Nachts 12 Uhr und Morgens 6 Uhr soll er zum Wasserlassen geweckt werden. Nach drei Tagen wird die Dose auf 10 Tropfen gesteigert, nach weiteren drei Tagen auf 15 Tropfen. und so weiter bis zu 30 Tropfen im Laufe der vierten Woche. Während dieser Zeit beobachtete Verf. blos Pupillenerweiterung und etwas Trockenheit des Schlundes, sonst keine sorgenerweckenden Symptome. Beim Fortbestehen des Bettnässens wurde eine Woche lang mit 30 Tropfen weiter gefahren, und dann alle drei Nächte um 5 Tropfen gestiegen bis zu 50 Tropfen täglich. Die Hauptbeschwerde ist dabei eine Störung der Accommodation, welche den Patienten das Lesen und Schreiben unmöglich macht, im Uebrigen befinden sie sich vollständig wohl. Nachdem man bis zu 60 Tropfen gestiegen ist, werden nun die Dosen reducirt, und zwar um 10 Tropfen alle drei Nächte. Nach neun Wochen wird ausgesetzt, und gewöhnlich bleibt das Bettnässen dauernd aus. Man beginnt also mit 0·0006 Grm. Atropin und steigt bis 0·006 Grm. und mehr. Das Geheimniss des Erfolges in hartnäckigen Fällen liegt in den hohen Dosen. Der Zusatz von kleinen Strychninmengen soll die depressive Wirkung der hohen Atropindosen ausgleichen. Cerebrale oder circulatorische Störungen hat Verf. nie beobachtet.

794. ***Ueber den Einfluss der Suspension auf die Sehstörung bei Affectionen des Rückenmarkes.*** *Von* ***W. v. Bechterew.*** *(Neurol. Centralbl. 1893. 7.)*

795. ***Die Suspension als Heilmethode bei Nervenkrankheiten.*** *Von* ***B. Worotynski.*** *(Ibidem. 1893. 9. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 31.)*

Bechterew berichtet über Beobachtungen von Besserung gewisser Sehstörungen in Folge der Suspensionsbehandlung bei Tabes und multipler Sclerose. Er empfiehlt den Apparat von Dr. *Sprimon*, welcher die Dehnung der Wirbelsäule auch in sitzender Stellung und die genaue Bemessung der dehnenden Kraft ermöglicht. Letztere betrug zwischen 36—60 Kgrm., die Dauer der Suspension 5—15 Minuten. Ein Kranker, der vor Beginn der Behandlung beim Lesen sich einer Brille (Nr. 11) hatte bedienen müssen, konnte nach der 6. Sitzung ohne Brille lesen, das Gesichtsfeld hatte sich



beiderseits nach allen Richtungen um 5—10° vergrössert. In einem zweiten Fall wurde eine nur geringe Zunahme der Sehschärfe und Vergrösserung des Gesichtsfeldes erzielt, in einem dritten nur eine Besserung der Sehkraft. In zwei weiteren Fällen blieb die Suspension erfolglos. Gleichwohl hält *Bechterew* angesichts der Machtlosigkeit anderer Heilmittel die mit Suspension erzielten Erfolge immerhin für beachtenswerth. Er sucht die Erklärung für die Wirkungen in der nach der Suspension eintretenden Blutdruckerhöhung und activen Hyperämie des Gehirns. *Worotynski* gelangt auf Grund eigener Beobachtungen und der Literaturangaben zu folgenden Schlüssen. 1. Die Suspension kann gegenwärtig als eine ziemlich fest begründete Heilmethode bei der Behandlung von Nervenkrankheiten angesehen werden. 2. In der Literatur liegen noch nicht genügend bestimmt formulirte Indicationen und Contraindicationen für die Anwendung der Suspension als therapeutischen Mittels vor. 3. Seiner Zweckmässigkeit, Ungefährlichkeit und bequemen Handhabung wegen muss gegenwärtig der Apparat von Dr. *Sprimon* mit Recht als der beste zu Suspensionen bezeichnet werden. 4. Die besten Resultate gibt die Suspension bei Tabes von mittlerer Dauer (zweite Periode); gute Erfolge kann man von ihr auch bei Neurasthenie und allgemeinen Neurosen erwarten; sie erscheint endlich als ein werthvolles symptomatisches Mittel bei tuberculösen und anderen Wirbelsäuleaffectionen und überhaupt bei Leiden, welche von der Compression des Rückenmarks abhängen. 5. Die Suspension kann bei durch Erkrankungen des Nervensystems bedingten Sehstörungen, besonders bei tabischer Opticusatrophie, einen Einfluss ausüben. 6. Als Heilmethode ist die Suspension durchaus nicht indifferent: sie verlangt zu ihrer Anwendung bestimmt formulirte Indicationen.

796. ***Behandlung der Migräne.*** *Von Oulmont. (Bull. méd. 1894. 34. — Pharm. Ztg. 1894. 41.)*

Verf. theilt die gegen Migräne in Anwendung kommenden Heilmittel in drei Gruppen, nämlich in prophylaktische, in die schmerzhafte Anfälle bekämpfende und in solche, welche auf die Heilung der Constitutionskrankheiten hinwirken sollen, unter deren Einfluss die Migräne entsteht. Im Augenblick, wo die Vorboten eines Anfalles sich zeigen, kann man zuweilen durch excitirende Stoffe, wie Kaffee und schwarzen Thee, denselben unterdrücken. Bei Beginn des Anfalls kann man denselben unterdrücken durch Chinin, während Amylnitrit, Secale cornutum und Strychnin weniger günstige Erfolge zeigten. Die besten Mittel sind Antipyrin und Coffeïn, von ersterem 2—4 Dosen à 1 Grm. in den ersten Stunden des Anfalls, von letzterem entweder in der Dosis von 0·1 Grm. als Pulver alle 10 Minuten bis zum Aufhören des Schmerzes (6—7 Pulver höchstens) oder als Mixtur (Coffeïn., Natr. benz. aa. 7·0, Aq. 250·0) oder subcutan (Coffeïn. 2·5, Natr. benz. 2·95. Aq. dest. ad 10·0) 1—2 Spritzen. Natron salicylicum ergibt gute Resultate bei Gicht- und Rheumatismuskranken: 3 Dosen zu je 2 Grm. im Verlaufe der ersten Stunden. Aconitin und Opium sind bei Nervenleidenden zu verwerfen, wenig ist von Chloral, Sulfonal u. s. w. zu erwarten, ebenso von den äusseren Mitteln, wie Compressen mit Aether, Chloroform, von Mentholstiften und



Aetherspray. Rührt die Migräne von einer Constitutionskrankheit her, so ist natürlich die Entfernung der letzteren die Hauptsache.

797. ***Behandlung zweier mit Cachexia thyreopriva behafteten Kinder mit Schilddrüsen-Glycerinextract.*** *Von Dr. Rehn. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 34.)*

Die Kinder, Mädchen von $4^1/_2$ und 7 Jahren (auf dem medicinischen Congresse in Wiesbaden 1893 vorgestellt), zeigten alle Symptome des von den englischen Aerzten als Sporadic cretinism bezeichneten und von ihnen als dem idiopathischen Myxödem des späteren Alters analog betrachteten Krankheitsbildes. Beide Kinder waren nicht idiotisch. Hereditäre Momente, specifische Erkrankungen nicht nachweisbar. Bei beiden Kindern war eine Schilddrüse nicht aufzufinden. Der Erfolg der mit 3—4wöchentlichen Pausen fortgesetzten, einjährigen Behandlung (die Kinder erhielten täglich 10 Tropfen des nach der Vorschrift von *White* (London) bereiteten Glycerinextracts aus der Hammels-Schilddrüse) war ein glänzender. Von dem Symptomencomplex der Cachexie ist heute bei beiden Kindern keine Spur geblieben. Daneben ist das Wachsthum in günstiger Weise beeinflusst, indem das eine Kind 10, das andere 12 Cm. innerhalb des Behandlungsjahres gewachsen ist, während zugleich die psychischen Functionen sich in befriedigendster Weise gehoben haben, so zwar, dass das ältere Kind jetzt aus einer Vorschule, mit genügenden Kenntnissen ausgestattet, in eine öffentliche Schule eintreten konnte. Verf. empfiehlt für das Kindesalter die innerliche Verabreichung des Schilddrüsenextracts (das aus der Hammels-Schilddrüse ist vorzuziehen), als die beste, weil ungefährlichste Behandlungsmethode, und hat bei der täglichen Dosis von 10 Tropfen keine üblen Zufälle gesehen. — Verf. schlägt endlich vor, anstatt der bisherigen Bezeichnungen des Sporadic cretinism, Myxödem, Cachexie pachydermique für die betreffende Erkrankung im Kindesalter die von Prof. *Kocher* gewählte „Cachexia thyreopriva“ als die beste allgemein anzunehmen.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

798. ***Ueber die Wirkung des im mütterlichen Blute angehäuften Harnstoffes auf Uterus und Fötus.*** *Von O. Feis, Assistent der geburtshilflichen Klinik in Göttingen. (Archiv f. Gyn. Bd. XLVI, Heft 1, pag. 147.)*

Vor einigen Jahren stellte *Liedke* die Hypothese auf, dass der vom Fötus producirte und im mütterlichen Blute diffundirte Harnstoff Uteruscontractionen hervorrufe. Am normalen Schwangerschaftsende könne durch die mütterlichen Nieren nicht mehr aller vom Fötus gebildeter Harnstoff ausgeschieden werden. Dadurch komme es zu einer Urinanhäufung im mütterlichen Blute. Der angesammelte Harnstoff wirke auf die motorischen Centren des Uterus ein, und komme es consecutiv zu Uteruscontractionen. Damit sei das bisherige Räthsel des Eintrittes der ersten Uteruscontraction gelöst. Verf. beabsichtigte diese Hypothese in der



Weise zu prüfen, dass er nachzuweisen suchte, ob überhaupt eine abnorm grosse, im mütterlichen Blute befindliche Harnstoffmenge eine wehenerregende Wirkung besitze oder nicht. Zu diesem Zwecke verleibte er Kaninchen 2·0—8·0 Harnstoff (gelöst in Wasser im Verhältnisse von 1 : 1·5) ein (entweder mittelst einer Injection in die Bauchhaut oder mittelst einer solchen in die Vena jugularis), bei gleichzeitiger Besichtigung des Uterus nach vorausgegangener Eröffnung der Bauchhöhle. Das Ergebniss dieser an 5 Kaninchen vorgenommenen Untersuchungen war ein negatives. Um weiterhin zu erfahren, ob grosse einverleibte Harnstoffmengen schädigend auf die Frucht einwirken, verleibte er trächtigen Kaninchen bis 10·0 Harnstoff ein. Es zeigte sich nun, dass so bedeutende Harnstoffmengen den Fötus zum Absterben bringen. Nach seinen Experimenten glaubt er ausschliessen zu können, dass der Tod der Früchte durch andere Momente herbeigeführt würde, nämlich nicht durch eine Erniedrigung des Blutdruckes (experimentell nachgewiesen), nicht durch eine Temperatursteigerung des Mutterthieres und auch nicht durch einen gestörten Blutaustausch zwischen Mutterthier und Fötus. Dass es thatsächlich der Harnstoff war, der die Früchte tödtete, entnimmt er daraus, dass es ihm gelang, eine bedeutende Harnstoffmenge in den Geweben der Föten nachzuweisen. Diese betrug bis 0·859%. Durch Rückschluss ist er daher geneigt anzunehmen, dass bei Eclampsie mit Eiweissausscheidung der Tod des Fötus auf retinirte Harnstoffausscheidung zurückzuführen sein dürfte. *Kleinwächter.*

799. ***Zur Technik der Amputation grosser Gliedmassen.*** *Von Dr. S. Credé, Dresden. Verhandlungen des XXIII. Congr. der deutsch. Gesellsch. f. Chir. (Centralbl. f. Chir. 1894. 30.)*

Verf. schildert das Verfahren, zu dem er auf Grund von 22 Amputationen grosser Gliedmassen in den letzten zwei Jahren gekommen ist, von denen die kleine Hälfte in Folge von Verletzungen, die grössere in Folge von Erkrankungen vorgenommen wurden. Sämmtliche sind in kürzester Zeit definitiv geheilt, $^2/_3$ per primam intentionem im wahren Sinne des Wortes und $^1/_3$ mit kleinen localen Abweichungen, die aber auch alle innerhalb drei Wochen heilten. Im Gegensatze zu dem bisherigen Verfahren, bei welchem von der Mehrzahl der Chirurgen nur Hautlappen gebildet werden, drainirt und genäht wird, bildet Verf. Lappen, an denen er möglichst viel Muskeltheile lässt, lagert dann durch eine nasse, weitmaschige, dünne, 8 Cm. breite Mullbinde fest comprimirend die Lappen so, dass die Hautränder sich möglichst berühren, und zwar ohne zu nähen oder zu drainiren, und bedeckt dann erst den Stumpf mit dem Verbandstoff. Der Schwerpunkt seines Verfahrens liegt in der direct auf die Haut des Stumpfes angebrachten Compression, welche seröse Ergüsse verringert, blutige so gut wie ausschliesst und eine Drainage und Naht ganz überflüssig macht. Wenn auch an einzelnen Stellen die Hautränder nicht ganz genau aneinander liegen, so heilen diese kleinen Wundstreifen immer noch rascher, als der Drainagecanal sich schliesst, und sind, da es nur Hautwunden sind, für den Verlauf ganz bedeutungslos. Das Anlegen der Compressionsbinde will natürlich erst gelernt sein, ist aber nicht schwer. Die Binde macht zuerst



eine Längstour, an der unteren Stumpfseite oben beginnend, über den Stumpf laufend und vorn oben endigend, dann kommen schräge und Zirkeltouren und wieder seitliche Längstouren, bis der ganze Stumpf methodisch und fest eingewickelt ist. Noch nach Anlegen der ersten Touren kann man durch die weitmaschige Binde erkennen, ob die Hautränder gut aneinander liegen oder nicht und eventuell durch die weiteren Touren noch nachhelfen. Der Verband bleibt 8—10 Tage liegen, dann ist in der Regel in der Tiefe Alles fest geheilt. Treten Schmerzen oder höheres Fieber in den ersten Tagen auf, so spaltet Verf. den ganzen Verband auf der vorderen Seite in seiner ganzen Länge, nimmt ihn aber nicht ab, und befestigt ihn wieder durch eine lockere Binde. Abscesse entwickeln sich stets rasch und gerade nach aussen, anstatt erst den Weg durch die Drains zu machen, und heilen schnell in wenigen Tagen. In etwa 10 Tagen konnten sämmtliche Kranke das Bett verlassen, abgesehen von einigen Fällen, wo noch andere körperliche Gebrechen vorlagen, die dies verhinderten. Nach der Methode des Verf.'s, bei der es ganz gleichgiltig ist, ob der Operateur antiseptisch oder aseptisch vorgeht, oder ob die *Esmarch*'sche Blutleere benutzt wird oder nicht, wird etwa die Hälfte der Zeit bei einer Amputation gegen früher gespart. Der letzte Umstand ist auch für die Kriegschirurgie von Bedeutung, der es auch noch zu statten kommt, dass in Folge der festen Compression des Stumpfes Nachblutungen auf dem Transport seltener vorkommen werden.

800. ***Fall von allgemeinem traumatischen Hautemphysem.*** *Von Dr. Plitz, Vienenburg. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 49.)*

Ein 13jähriger Knabe wird von einem grossen Stein, an dem er sich gehängt, und den er dadurch zu Falle gebracht hatte, getroffen. Bei der Untersuchung, $^3/_4$ Stunden nach der Verletzung, ist der Körper bis zu den Knien herab ballonförmig aufgetrieben, die Umfangsdimensionen sind die eines ausgewachsenen Mannes; man hört das charakteristische Knistern. Die Athmung ist stöhnend, der Puls klein. Von äusseren Verletzungen war nur eine Abschürfung an der Nase vorhanden. Bei der Behandlung musste von der Einwicklung Abstand genommen werden, weil das Emphysem zu allgemein war, die Tracheotomie wäre unter den besagten Umständen sehr schwierig gewesen, so blieb nur der Schnitt übrig, um die Luft herauszulassen. Es wurde auf der besonders geschwollenen linken Brustseite incidirt, unter Drücken und Streichen entwich wirklich eine Menge Luft, und Puls und Athmung besserten sich. Nach zwei Tagen nahm der Knabe wieder menschliche Formen an, und nach 8 Tagen hörte man nur noch an wenigen Stellen Knistern. Da die Nase ausser der erwähnten Abschürfung nichts Abnormes zeigte, so nimmt Verf. an, dass der fallende Stein den Kopf des Knaben nur gestreift und eine forcirte Nickbewegung veranlasst habe. Hierdurch sei eine Sprengung im Bandapparat des Kehlkopfes entstanden.

801. ***Das Eczem der Chirurgen.*** *Von Lassar. Vortrag am Chirurgencongress 1894. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 56.)*

Verf. betont die Häufigkeit und die Heftigkeit des Chirurgeneczems. Die Anfangserscheinungen werden gewöhnlich nicht beobachtet. Die schädlichen desinficirenden Lösungen wirken weiter

ein, treffen jetzt aber nicht mehr auf intacte, sondern bereits krankhaft veränderte Haut; die Reizerscheinungen werden daher immer intensiver; als neue Schädlichkeiten tritt in Folge des Juckreizes Kratzen hinzu. Verf. empfiehlt zur Verhütung des Eczems Waschen mit sehr guter, nicht zu billiger Seife und das Einfetten der Hände mit einer Mischung, welche zu gleichen Theilen aus Olivenöl, Glycerin, Lanolin und Vaselin besteht, die man in Tuben stets bei sich tragen kann. Ist ein Eczem entstanden, so muss es ausheilen, bevor man von Neuem Desinficientien an die Hände bringt. Die Hauptsache ist, dass die Lymphwege von den eingedrungenen und in ihnen fortwuchernden mikroorganischen Substanzen befreit werden. Das kann man auf zweierlei Weise erreichen: entweder durch Austrocknung und Abschälung der Infiltration, sowie Anbahnung der Häutung von der Randzone her oder durch antibacillares Vorgehen mit Theeröl in Verbindung mit Spiritus. Verf. empfiehlt folgendes Vorgehen: 10 Minuten lang eine Schälpaste, dann 10 Minuten lang eine Theerschwefelpaste aufzulegen, dann Auftragen von Chrysarobin und Nachts Tragen einer Binde. Auch eine 1%ige Zinnoberschwefelpaste kann indicirt sein und Scarificationen zur Verödung der kleinen Capillaren. Dagegen ist jede scharfe Behandlung zu vermeiden.

802. ***Zur Behandlung der Hydrocele.*** *Von Dr. **Herwig**, Stettin. (Centralbl. f. Chir. 1894. 26. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 66.)*

Die neuerdings von *Neumann* und *Buschke* angegebenen unblutigen Methoden zur Behandlung der Hydrocele ohne Narcose, welche durch Liegenlassen der Troicarcanüle oder Durchziehen eines Jodoformgazestreifens zwischen die Blätter des Scheidensackes eine Entzündung und dadurch Verklebung der Blätter bewirken und geringere Reizerscheinungen bewirken als das Einspritzen von Jodtinctur, haben bisher gute Resultate geliefert, doch bleibt für die radicale Beseitigung des Leidens, besonders bei veralteten, oftmals punctirten und mit Einreibung oder Einspritzung behandelten Hydrocelen die von *Bergmann*'sche Operation die beste. Nur bei kleinen Kindern, wo die Reinhaltung des Verbandes und der Wunde sehr schwierig ist, wird die Hydrocele mit einer grösseren *Pravaz*'schen Spritze oder feinem Troicar entleert und Jodtinctur, Höllensteinlösung oder Carbolsäure in den Scheidensack gespritzt. Da jedoch hierbei oft ein Misserfolg eintritt oder bald ein Recidiv folgt, wendet Verf. seit 2 Jahren folgendes Verfahren an: nach der üblichen Reinigung führt er mit einer wenig gekrümmten Nadel einen recht starken doppelten keimfreien Zwirn- oder Seidenfaden vom oberen Pol der Hydrocele nach dem unteren durch und entleert dann mit einer *Pravaz*'schen Spritze die Hydrocele, wobei er den zurückbleibenden Rest der Flüssigkeit möglichst ausdrückt. Die Fadenenden werden dann fest auf den Hodensack geknotet und die drei Stichöffnungen oder auch die ganze Hälfte des Hodensackes stark mit Collodium gepinselt. Die kleinen Patienten bekommen weiter keinen Verband und können trotz der geringen Entzündung aufgenommen werden. Nach 6—8 Tagen werden die Fäden herausgenommen und die Stichöffnungen nochmals mit Collodium eingepinselt. Bei Erwachsenen müsste man stärkere und zahlreichere Fäden einlegen.



803. ***Ueber eine seltene Form der Einklemmung des Dünndarmes im Leistenbruch.*** *Von Dr. C. Lauenstein, Hamburg. Verhandl. d. XXIII. Congr. d. Gesellsch. f. Chir. im Jahre 1894. (Centralbl. f. Chir. 1894. 30.)*

Verf. theilt einen Fall von eingeklemmtem rechtsseitigen äusseren Leistenbruche bei einem 24jährigen Manne mit, wo sich im Bruchsack zwei hämorrhagisch infarcirte Dünndarmschlingen fanden. Nach dem Débridement des einschnürenden inneren Leistenringes wurde aus dem Leibe noch eine ebenfalls hämorrhagisch infarcirte Dünndarmschlinge hervorgezogen, die sich als das zwischen den beiden Schlingen liegende Verbindungsstück des Darmcanales erwies. Das gesammte, den 3 Schlingen entsprechende Darmstück hatte eine Länge von circa 1 Meter und lag etwa 50 Cm. oberhalb der Klappe; das Mesenterium der im Leibe liegenden Schlinge, deren Länge etwa 50 Cm. betrug, zeigte schwielige Verdickung. Da keine Ernährungsstörung des Darmes vorlag, so konnte der Darm reponirt und im Anschluss die Radicaloperation nach *Bassini* gemacht werden. Nach einem durch Meteorismus, Erbrechen und Durchfälle verzögerten Verlaufe trat Heilung ein. Verf. räth, in Fällen, wo man zwei Darmschlingen im Bruchsack findet, auf das etwaige im Leibe liegende Verbindungsstück zu achten. Einen ähnlichen Fall konnte Verf. in der Literatur nicht auffinden. Doch sind die beschriebenen Fälle von künstlichem After mit 4 Lumina offenbar auf eine solche Einklemmung zurückzuführen.

Dermatologie und Syphilis.

804. ***Neue Behandlung des Trippers.*** *Von Eliot Bates. (New York Med. Journ. 1894. 14. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 65.)*

In seiner neuen Heilmethode stützt sich Verf. auf Erwägungen über Schleimhauterkrankungen der Bronchien, des Magens, der Harnröhre. Bei allen derartigen Schleimhautentzündungen beobachtet man folgende Stadien: Congestionen, seropurulente Secretionen, welche schliesslich in directe Eiterung übergehen und an welche sich Epithelabschuppungen anschliessen. Zur Heilung des Patienten ist es nothwendig, den umgekehrten Verlauf dieser Krankheit nachzuahmen, d. h. aus der eiterigen Secretion eine schleimig-eiterige, später schleimige, endlich farblose Flüssigkeit herbeizuführen. Verf. unterscheidet: das Initialstadium (4 Tage), die acute Periode (14—15 Tage), das subacute Stadium (etwa 6 bis 14 Tage), das letzte Stadium dauert bis zur Heilung. Im Mittel beträgt die Dauer einer acuten Gonorrhoe 31—33 Tage. Die Principien der Behandlung lassen sich nach Verf. in folgende zusammenfassen: 1. Vermeidung des Reizes und der Congestion der Schleimhaut; 2. Beschränkung der Secretion durch Application schwacher Adstringentien; 3. Verhinderung des Chronischwerdens der Affection; 4. Verhütung von Stricturenbildung. Im Einzelnen macht Verf. besonders auf die Gefahr aufmerksam, welche in der abortiven Behandlung der Gonorrhoe liegt. Es gelingt dann gewöhnlich den Ausfluss zu hemmen, indem man Mittel anwendet, welche zur



Zerstörung der pathologischen Producte nicht ausreichen, dagegen das normale Gewebe angreifen; man heilt den Kranken schnell, aber man legt den Grund zu später sich bildenden Stricturen. Bezüglich der ersten Periode der Krankheit räth Verf., sich jeden localen Eingriffs zu enthalten. Auch so wird nach seiner Erfahrung aus dem vorher eiterigen Secret allmälig immer dünneres und schliesslich klares. Erst in weiter vorgeschrittenen Stadien soll man schwache Injectionen anwenden. Ganz und gar contraindicirt ist die Anwendung der Balsamica. Suspensorien sind sofort im Beginn der Krankheit zu tragen. Thee, Kaffee, Spirituosen, körperliche Arbeit, sowie aufregende Lectüre sind streng zu vermeiden. Die Nahrung soll mässig sein, für regelmässigen Stuhlgang ist zu sorgen. Als Getränk diene Milch, allenfalls Vichywasser. Innerlich verordnet Verf.: Rp. *Kalii acetici, Kalii citrici ana 24, Natrii bromat. 10, Extract. Hyosc. 1, Syrup. cort. aurant. 80.* Zwei Kaffeelöffel täglich zu nehmen. Gegen schmerzhafte Erectionen wird von ihm Opium oder Belladonna verabreicht. In der zweiten Periode, also wenn der Ausfluss beinahe farblos ist, injicirt Verf. morgens und abends folgende Lösung: Rp. *Zinc. sulf. 0·75, Acid. boric. 4, Extract. hydrast. gutt. 20, Aqua rosar. 100.* In mehr als 20 Fällen will er mit dieser Behandlungsweise ausgezeichnete Resultate erzielt haben.

805. ***Anasarca nach Morbillen.*** *Von* ***Carlo Giarré.*** *(Lo Sperimentale. Bd. XLVI, 21. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894, pag. 442.)*

Verf. beschreibt einen Fall von ausgebreiteten Oedemen der Haut, die direct im Anschlusse an Morbillen von heftiger Dysenterie begleitet, aufgetreten waren. Das 4jährige Kind erkrankte gleichzeitig mit einem Bruder an Morbillen. Nach vier Tagen war wohl das Exanthem vollständig ausgebrochen, das Fieber fiel jedoch nicht ab, sondern blieb continuirlich, wobei das Kind über sehr heftige Kopfschmerzen klagte. Dabei begann sich eine starke ödematöse Anschwellung im Gesichte, namentlich an den Augenlidern und an den Extremitäten geltend zu machen, die ziemlich rasch zunahm, sich auch auf den Stamm verbreitete, wo namentlich der Rücken stark angeschwollen war. Auch die grossen Labien zeigten eine bedeutende Schwellung. Ausserdem war heftige Dysenterie vorhanden. Die zahlreichen Stühle waren flüssig, fötide riechend, vermischt mit Schleim und Blut, von graugelber Farbe; dabei heftiger Tenesmus, leichter Vorfall der Rectalschleimhaut. Sonst war nichts Pathologisches zu entdecken; namentlich keine Affection der Nieren; der mit dem Catheter entnommene Harn war ganz eiweissfrei; keine Erkrankung des Herzens; kein Catarrh der Respirationsorgane. Die Untersuchung des Blutes ergab fast normale Verhältnisse. Die Temperatur war mässig, aber constant erhöht. Fast in der sechsten Krankheitswoche wurde das Fieber remittirend, um im Verlaufe der nächsten drei Wochen ganz nachzulassen, wobei unter allmäligem Schwinden der Oedeme das Kind ganz genas. Zur Zeit der stärksten Oedeme wog das Kind 17·5 Kgrm., nach 20 Tagen jedoch nur 12·3 Kgrm. Da Verf. diese Oedeme weder unter die bei Nephritis oder Herzaffectionen vorkommenden einreihen kann, da durchaus keine Beziehungen zum Myxödem vorhanden waren, es sich auch nicht als angioneurotisches, cachec-



tisches oder rheumatisches Oedem erklären liess, glaubt er es für ein essentielles Oedem halten zu müssen, welches in directem Zusammenhange mit der vorher durchgemachten acuten Infectionskrankheit steht.

806. ***Zur Therapie der Hautkrebse.*** *Von Dr. Lassar, Berlin. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. — Memorabilien 1894, 10. Mai.)*

Die Frage, ob krebsige Neubildungen irgend welcher Art durch ärztliche Hilfe anders als mittelst operativer oder auch ätzender Eingriffe zu beseitigen seien, ist bislang in vollständiger Uebereinstimmung, und zwar in verneinendem Sinne beantwortet worden. Wohl sind theilweise Rückbildungen, hier und da eine an Stillstand grenzende Verlangsamung im Wachsthum, auch ganz ausnahmsweise vielleicht ab und zu ein vollständiger Schwund krebsiger oder krebsverdächtiger Geschwülste zur Beobachtung gelangt. Aber keine dieser Erfahrungen hat die Zurückhaltung abgeschwächt, mit welcher auf alle anderen, als rein örtliche Eingriffe, verzichtet werden musste. Verf. hat auf's Neue bei einer Anzahl von Hautkrebsen versucht, ob man nicht durch eine Arsencur Einfluss auf das Wachsthum der Neubildung gewinnen könne. Da von einer Heilung vorgeschrittener Fälle bei bereits cachectischen Personen auf medicamentösem Wege nicht viel zu erhoffen war, wurden solche Fälle ausgewählt, bei denen die Geschwulstbildung noch eine ziemlich junge war, und der Körper noch nicht zu viel seiner Widerstandsfähigkeit eingebüsst hatte. In der That zeigen die angeführten Fälle, deren Krankheitsgeschichten Abbildungen beigegeben worden sind, dass mit der Arsencur beachtenswerthe Erfolge zu erreichen sind. So war bei einer 75jährigen Frau, die auf der linken Wange einen in 6 bis 8 Monaten entstandenen, walnussgrossen Hautkrebs hatte, nach 2monatlicher Behandlung mit Arsen (Sol. Kal. arsenic. mit Aq. Menthae zu gleichen Theilen, dreimal täglich 5 Tropfen nach den Mahlzeiten) Schrumpfung und Vernarbung eingetreten. Dass es sich hier nicht um einen täuschenden Zufall handelte, ergab auch der Erfolg bei einer zweiten Patientin, die seit einigen Monaten einen Ulcus rodens auf dem Nasenrücken hatte. Auch hier trat Schritt für Schritt mit dem Arsengebrauch (innerlich und ausserdem subcutan) Ueberhäutung und Vernarbung ein; noch nach 4 Monaten, während welcher Zeit jede Behandlung als überflüssig bei Seite blieb, ist die Heilung eine ungestörte. Ebenso erfolgreich war die Arsenbehandlung bei einem 66jährigen Mann, der an der Aussenwand des linken Nasenflügels eine knollige Geschwulst hatte, die seit mehr als einem Vierteljahr stetig gewachsen war und sich bei der mikroskopischen Untersuchung als atypische Epithelialwucherung charakterisirte. Innerhalb 2 Monaten trat vollständige Involution ein.

807. ***Reflex-Eczeme bei Kindern.*** *Von Isadore Dyer. (New York med. Record. 1893. 21. Januar. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894, pag. 448).*

Nach *Dyer* kommen „Reflexeczeme“ bei Kindern häufiger vor und sind sehr widerspenstig gegen die Behandlung. Die Erkrankung befällt hauptsächlich die Extremitäten, und zwar die Streckseiten. Die Uebergänge von Haut und Schleimhaut werden im Gegensatz

zum gewöhnlichen Eczem nie ergriffen. Die Erkrankung beginnt mit rothen, scharfrandigen Flecken, die symmetrisch gestaltet und localisirt sind. Die Flecke vergrössern sich langsam, schuppen und nässen bisweilen. Durch Kratzen, Waschen und andere Reize wird der Process gesteigert. Diese Eczeme hängen immer von anderen Störungen direct ab und verschwinden mit deren Beseitigung und kehren wieder, wenn diese Störungen Rückfälle machen. In ihren Symptomen ähneln diese Eczeme anderen neurotischen Typen von Hauterkrankungen, besonders den Erythemen. Verf. gibt mehrere Beispiele, bei denen die Eczeme erst verschwanden, nachdem die Grundursache, z. B. Asthma oder adhärentes Präputium, beseitigt war. Ichthyol, Borsalben etc. erweisen sich wirksam, wofern nur die Reflex erregende Hauptkrankheit beseitigt wird.

808. ***Pemphigus der kleinen Kinder.*** *Von Dr. **Müller**, Moskau. (Médec. mod. 1894. 1. — Allg. med. Central-Ztg.)*

Diese in Form von Blasen auftretende Hautkrankheit ist bei Erwachsenen ziemlich selten und ähnelt sehr den Blasen nach Canthariden. Gewöhnlich ist bei Erwachsenen Fieber vorhanden, das bei Kindern ganz fehlt. Beim Erwachsenen findet man nur ausnahmsweise solitäre Blasen, bei Kindern oft auf den Fingern, Stirn, Lippen etc. localisirt. Oefter aber finden sich bei Kindern mehrere Blasen bis zu 50 an der Zahl. Der Inhalt der Blasen ist gewöhnlich serös, zuweilen eitrig, blutig, faulig. Der ganze Process dauert 2—3 Wochen. Sehr schwer ist die Abart der Pemphigus, der sogenannte Pemphigus foliaceus *(Hebra)*. Diese seltene Affection bildet sehr rasch Blasen auf dem ganzen Körper, zuweilen wird die Hälfte der Hautoberfläche von der Epidermis entblösst. Die Ansteckungsfähigkeit der Krankheit ist gross, so wird der Pemphigus von einem Theil der Haut zum andern verpflanzt, man hat Epidemien in den Findelhäusern beobachtet. In einem Pensionat bekamen mehrere Zöglinge Pemphigus, nur auf den Fingern localisirt. Eins der jungen Mädchen bekam den Pemphigus auf unerklärliche Weise auf den Fingern, sie spielte Clavier. Die anderen Pensionärinnen inficirten sich beim Clavierspielen, nach der Desinfection des Claviers hörte die Propagation auf. Beim Erwachsenen entwickelt sich der Pemphigus auch bei Nervenleiden und auf paralytischen Gliedern, bei Tabes, Meningitis spinalis. Zu unterscheiden ist der idiopathische und symptomatische, d. i. luetische, pyämische, cachectische Pemphigus. Charakteristisch ist, dass zwischen den Blasen des Pemphigus die Haut intact bleibt.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

809. ***Beitrag zum Auftreten von Cylindern im Harn.*** *Von **Daiber**, Zürich. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 13. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 65.)*

Das Vorkommen von Cylindern im Harn, welche aus geronnenem Eiweiss bestehen, ist viel häufiger, als man bisher an-



nahm und ist in einer ganzen Reihe von Fällen absolut nicht an die gleichzeitige Begleitung von Albumin geknüpft, z. B. bei Amyloidniere und Stauungsniere, in deren ganzem Verlauf stets Cylinder, aber niemals Albumin beobachtet wird. Man unterscheidet die Cylinder in echte Gebilde, Pseudogebilde und Cylindroide. Von den echten Cylindergebilden sind es die granulirten (Grundsubstanz hyalin, aber durch organische Substanzen, z. B. Eiweiss, gekörnt) und die rein hyalinen Formen, welche im Harn auch ohne Albumin vorkommen, was die zellige Gebilde tragenden Formen niemals thun. Verf. ist überzeugt, dass der Urin, in welchem Cylinder gefunden werden, auch Eiweiss enthält, welches aber durch die relativ groben chemischen Reactionen nicht nachgewiesen werden kann. Wo die hyalinen Cylinder mit oder ohne Albumin auftreten, besteht stets eine wenn auch vielleicht sehr rasch vorübergehende Anomalie im Secretionsapparat der Niere, so dass der Arzt dieser Erscheinung volle Aufmerksamkeit schenken und den Urin öfter untersuchen muss. Die Cylindroide fand Verf. häufig in Urinen mit grösserer Dichte und reicherem Gehalt von Uraten, speciell Harnsäure, die aus dem Urin als dichtes umfangreiches Sediment ausfielen. Chemisch sind die hyalinen Cylinder und Cylindroide wenig unterschieden, da sie sich genau wie echte Cylinder verhalten und auch in Essigsäure lösen. Zum mikroskopischen Nachweis empfiehlt Verf., den Urin zu sedimentiren oder zu centrifugiren, das Sediment mit der Pipette auf den Objectträger zu geben und mit Jodjodkaliumlösung (J 0·1, KJ 0·2, H_2O 30·0) zu tingiren, wodurch die Cylinder charakteristisch gelb gefärbt erscheinen. Der zur Untersuchung gelangende Harn muss möglichst frisch sein.

810. ***Beitrag zur Lehre von der symptomatischen Tachycardie.*** *Von Dr. **F. Besançon.** (Revue de méd. 1894. 1. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 33.)*

Anormale Frequenz des Pulses ist häufig bei chronischer Lungenphthise. Diese steht obenan unter den zu Tachycardie führenden Affectionen. Das Symptom ist meist von geringem Werth, gewinnt nur unter bestimmten Verhältnissen solche Wichtigkeit, dass das ursprüngliche Krankheitsbild modificirt oder in den Hintergrund gedrängt wird; Ueberarbeitung des Herzmuskels und die die Herzdilatation begleitenden Zeichen können ihm folgen. In einem Falle von Tachycardie vereint mit Asystolie bei einer 33jährigen Frau mit Tuberculosis pulmonum fand Verf. bei der Autopsie eine der stark vergrösserten tracheobronchialen Drüsen fest mit dem linken Vagus verwachsen. Aus der Literatur boten sich ihm nur drei analoge Fälle mit gleicher Todesursache *(Merklen, Jouanneau).* Nach diesen Beobachtungen also wurden Tuberculöse in verschiedenen Stadien ihres Lungenprocesses zu symptomatisch Herzkranken, Dyspnoe, Cyanose, Stauungserscheinungen traten ein, ferner beschleunigte und irreguläre Herzaction und ein auffallend schwacher Puls; Herztonica waren erfolglos. Von Fällen reiner Tachycardie durch Compression eines Vagus ist eine ganze Reihe veröffentlicht, bei Tuberculose wie auch bei anderen Krankheiten. Die histologische Untersuchung der betroffenen Nerven ergab entweder schwere Veränderungen oder leichte Neuritis,



oder auch keinerlei Läsion. Bei der letzten Gruppe wie auch sonst bei Lungenphthisen ohne Vaguscompression hat man zur Erklärung der Pulsaceleration an eine auf Cachexie beruhende Uebererregbarkeit des Myocards zu denken, oder an einen Effect der Verminderung der lufthaltigen Bezirke in der Lunge, oder aber nicht zum Mindesten an Toxinwirkungen.

811. ***Ueber die transitorische Erblindung bei Urämie.*** *Von Dr. **Max Rothmann.** Aus der inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 30. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 65.)*

Verf. erörtert die Frage nach dem Sitze des die Erblindung verursachenden Processes und kommt an der Hand eines Falles von urämischer Amaurose mit *Heddaeus* zu dem Schlusse, dass das Erhaltensein der Pupillarreaction kein Beweis für eine centrale Affection ist, wie dies *A. v. Graefe* annahm. Seine Ansichten fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die nach schweren Nephritiden mit oder ohne andere urämische Symptome auftretenden Erblindungen sind peripherer Natur, bedingt durch ein Oedem der Opticusscheiden. Dasselbe gilt für die nach Blutungen eintretenden Amaurosen. 2. Die Pupillarreaction kann erhalten, vermindert oder erloschen sein, ohne dass durch das Vorhandensein derselben die Annahme der Opticuscompression widerlegt würde. 3. Die erhaltene Pupillarreaction ist ein prognostisch günstiges Symptom, indem die Wiederkehr der Sehkraft erwartet werden kann. Doch ist auch bei Pupillenstarre die Prognose nicht absolut infaust. 4. Ist der Druck des Exsudats ein zu starker, so kann dauernde Erblindung restiren, bedingt durch Degeneration der Sehnervenfasern. 5. Bei der transitorischen Erblindung ist der Sehnerv nach Wiederkehr des Sehvermögens vollkommen intact oder doch nur in den Randpartien degenerirt.

812. ***Ueber durch Jod-Jodnatriumlösung bei Hunden erzeugtes Lungenödem.*** *Von **v. Zeissl.** (Wiener med. Presse. 1894. 5. — Therap. Monatsh. 1894, pag. 420.)*

Es gelingt, wie *Grossmann* und *Sahli* gezeigt haben, sehr schwer, durch künstlich erzeugte Stauung an Hunden ein stärkeres Lungenödem hervorzurufen und selbst das durch Muscarin und mechanische Eingriffe auf das Herz erzeugte Lungenödem ist nur mässig ausgebildet. Hingegen ist es Verf. gelungen, durch Einspritzung von Jod-Jodnatriumlösung in die Vena jugularis bei Hunden ein ausserordentlich hochgradiges Lungenödem zu erzeugen, während Jodsalze, Jodkalium, Jodnatrium, Jodlithium erfolglos blieben. Das Oedem ist ein Stauungsödem, welches unter Ausbildung von Lungenschwellung und Lungenstarrheit zu Stande kommt. Verf. lässt die Frage noch offen, ob eine veränderte Beschaffenheit des in den Lungen angestauten Blutes durch das Jod oder eine Veränderung der Gefässwände eine so markante Transsudation in die Alveolen erzeugt; dies, sowie die Beantwortung der Frage, welche Antheile des Blutes es sind, die transsudiren, behält sich der Verf. für weitere Untersuchungen vor. Von Interesse aber sind schon die vorstehenden Erscheinungen für die therapeutischen und toxischen Eigenschaften des Jod: am Menschen wirkt bekanntlich Jod zuweilen secretionsvermehrend auf die

Schleimhäute des Respirationstractus und es sind auch Fälle von Lungenödem beim Menschen in Folge von Jodgebrauch (Jodkalium und Jodoform) bekannt (*Huchard*, *Henry*, *König*). Ref. möchte als gleichfalls hierher gehörig an das beim acuten Jodismus nicht selten beobachtete Glottisödem erinnern.

Gerichtliche Medicin, Criminal-Anthropologie, Toxikologie.

813. ***Ueber Diffusion von Giften der Leiche.*** *Von Dr. Fritz Strassmann und Dr. Alfred Kirstein. Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde an der Universität Berlin. (Virchow's Archiv Bd. 136, Heft 1.)*

Die Ergebnisse der von den Verff. ausgeführten Experimente werden in folgende Sätze zusammengefasst: Verschiedene Substanzen, unter Anderem Arsenik, wandern an der Leiche vom Magen aus in die benachbarten Organe ein. Das Vordringen derselben erfolgt continuirlich, nie sprungweise. — In Folge dieses Vorganges können solche Substanzen schon nach einigen Tagen, Arsen sicher nach 12 Tagen (wahrscheinlich schon früher) in den sogenannten zweiten Wegen gefunden werden, obwohl eine Vergiftung, beziehungsweise Giftresorption während des Lebens nicht bestanden hat. — Giftgehalt der linken bei Freibleiben der rechten Niere spricht für Einführung des Giftes in den Magen der Leiche; Giftgehalt bei den Nieren innerhalb der ersten Wochen für Giftaufnahme im Leben. Auch bei Gifteinfuhr in der Agone — ohne Resorption — kann das Arsen in beiden Nieren gefunden werden. Jedenfalls ist in allen Fällen, in denen die Behauptung auftritt, das Gift wäre erst nachträglich in die Leiche gekommen, eine gesonderte Untersuchung beider Nieren vorzunehmen. Das Ergebniss derselben kann durch eine gesonderte Untersuchung von linker und rechter Lunge, linken und rechten Leberabschnitten unterstützt werden. — In das Gehirn dringt Arsen vom Magen aus innerhalb der ersten 4 Wochen nicht; von der Rachenhöhle aus scheint es in kürzerer Zeit einzudringen. Die praktischen Consequenzen hieraus ergeben sich von selbst. — Soll das Gift an der Leiche — oder in der Agone — an anderen Stellen, als den Magen, eingeführt worden sein, so sind die der betreffenden Stelle benachbarten und die entfernteren Organe gesondert zu untersuchen.

814. ***Ein Zeichen des Erschöpfungstodes durch mangelhafte Ernährung bei jungen Kindern.*** *Von C. Seydel. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1894. II. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 30.)*

Bei den verschiedenartigen Befunden, welche die Sectionen an Erschöpfung zu Grunde gegangener Kinder darboten, erscheint Verf. der Schwund der Thymusdrüse als das constanteste und auffälligste Zeichen der Erschöpfung. Vorläufig muss betont werden, dass die Thymus bei Erschöpfungszuständen schwindet und anscheinend ganz verbraucht wird in einem Lebensalter, in dem die



Kinder dieselbe noch in voller Grösse zu haben pflegen. Verf. ist geneigt, anzunehmen, dass auch bei erschöpfenden Organerkrankungen die Thymus schwindet, dass sie zum Ersatze verlorenen Ernährungsmaterials herangezogen wird. Vermissen wir Organerkrankungen und finden neben hochgradiger Macies Schwund der Thymusdrüse, so ist dies ein sicheres Zeichen für Erschöpfung durch mangelhafte oder unzweckmässige Nahrung und von grösserer forensischer Bedeutung als Verengerung des Darmlumens.

815. ***Ueber die Anwendung der rhythmischen Zungenextraction bei Asphyxie durch Erhängen.*** *Von* ***Laborde.*** *(Bull. de l'Acad. de méd. Sitzung vom 8. Mai 1894. — Wiener klin. Wochenschr. 1894. 33.)*

Verf. berichtet folgenden Fall: M. L., 33 Jahre alt, wird in einer Heilanstalt behandelt und präsentirt ausser anderen Krankheitssymptomen sehr ausgesprochene Selbstmordgedanken, die er schon wiederholt auszuführen versucht hatte. Eines Tages, nachdem er seinen Platz am Mittagstische verlassen hatte, entdeckte man ihn einige Augenblicke später mit der Schnur seines Schlafrockes an einem Haken aufgehängt. Der unverzüglich herbeigeeilte Arzt fand den Selbstmörder leblos, die Respiration gleich Null, den Puls unfühlbar und leitete rasch die geeigneten Wiederbelebungsversuche ein. Da weder trockene Frictionen, noch Ammoniak die geringste Wirkung hervorbrachten und nach einiger Zeit auch die letzten Lebenszeichen geschwunden waren, versuchte man die rhythmischen Zungentractionen. Ein mit Leinwand umhüllter Stock wurde zwischen die krampfhaft geschlossenen Zähne gebracht, die Zunge mit einer Zange gefasst und anfangs langsame, im Verlaufe aber immer schnellere Tractionen ausgeführt. Nach 3 Minuten vernimmt man schwaches Stöhnen, dem unmittelbar eine heftige Inspiration folgt. Gleichzeitig wird eine grosse Menge blutigen Schleimes ausgeworfen, worauf der Patient unregelmässig fortathmete. Die Tractionen, beiläufig 20 in der Minute, werden nun fortgesetzt, die trockenen Frictionen wieder aufgenommen, zwei Schröpfköpfe auf den Nacken gesetzt, währenddem die Respiration immer normaler wird. Nach etwa 10 Minuten kann man mit den Zungentractionen aufhören.

816. ***Sectionsbefund bei einem durch Elektricität herbeigeführten Unglücksfalle.*** *Von Dr.* ***Blasius Kenyeres,*** *Assistent am gerichtsärztl. Institute in Budapest. (Orvosi Hetilap. 1894. 12. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 32.)*

Ein 31jähriger Arbeiter arbeitete in einem elektrischen Transformator, brach plötzlich zusammen und verschied. Nach einer Stunde schon ward er in das gerichtsärztliche Institut überführt. Das gerichtliche Verfahren wurde wegen Fahrlässigkeit eingeleitet, da der Arbeiter ohne isolirende Gummihandschuhe zur gefährlichen Arbeit beordert wurde. Die Leiche war noch warm, die Augen offen, die Pupillen sehr hochgradig dilatirt. Die Leichenstarre beginnt am Nacken und Kinn, anderweitig findet sich hiervon keine Spur vor. Die Leichenstarre nahm denselben Verlauf, wie bei anderen, zu jener Zeit in der Kammer liegenden Leichen und sistirte vollkommen am dritten Tage. Die innere Untersuchung deckte dunkelrothes, flüssiges Blut, am Herzen und den Lungen zahlreiche

Tardieu'sche Petechien, Erschlaffung des rechten Herzens, Herznerv, Contraction des linken auf; im ersteren befinden sich 130, im letzteren 20 Grm. Blut. In den Eingeweiden fand man keine auffälligen Veränderungen. Das Blut zeigte weder mikro-, noch spectroskopisch eine Abweichung von der Norm. Eine Brandwunde war weder an den Händen, noch an anderen Körpertheilen, namentlich an den Fusssohlen, wo der elektrische Strom den Körper wahrscheinlich verliess, nachweisbar. Auch jene Organe wurden untersucht, die der Strom aller Wahrscheinlichkeit nach passirte. In erster Linie die Arme, Haut, subcutanes und intramusculäres Bindegewebe zeigten keine Veränderung. Die Muskeln waren ziemlich hart, dunkelbraunroth. Das periphere Ende einzelner war unmittelbar vor dem Uebergange in die Sehne in dicht nebeneinanderstehenden, meistentheils verticalen, 6—8 Mm. langen Streifen, mit dunkelschwarzrothem Blute infiltrirt, wodurch diese Muskeln das Aussehen hatten, wie wenn sie mit diesem Ende in eine dunkelrothe Flüssigkeit getaucht wären. Besonders auffällig ist diese Erscheinung an beiden Bicepsmuskeln, am Palmaris longus und Supinator longus; in kleinerer oder grösserer Ausdehnung jedoch findet sich diese Veränderung an sämmtlichen Flexoren vor. Die Anordnung und Form der Blutungen ist eine solche, wie man sie bei aus anderen Ursachen stammenden Blutungen nicht findet; der Umstand, dass gerade die Beugemuskeln afficirt sind, lässt die Annahme als berechtigt erscheinen, dass diese Veränderungen auf enorm heftige Muskelcontractionen zurückzuführen sind. Diese kleinen Muskelblutungen dürften wahrscheinlich auch bei anderen Fällen auffindbar sein; dass sie bisher übersehen wurden, beruht einerseits auf der geringen Zahl der untersuchten Fälle, andererseits darauf, dass die innere Untersuchung nur ausnahmsweise ausser den Eingeweiden auch noch auf andere Organe ausgedehnt zu werden pflegt. Die Armnerven, der Plexus brachialis, das Rückenmark, die Medulla oblong. und das Hirn zeigten keine mit freiem Auge wahrnehmbare Veränderungen; eine mikroskopische Untersuchung dieser Organe ist im Zuge.

817. ***Die Schwerhörigkeit im schulpflichtigen Alter.*** *Von Kreisphysicus Dr. **Richter**, Gross-Wartenberg. (Deutsche med. Wochenschrift. 1893. 46 u. 47. — Therap. Monatsh. 1894, pag. 365.)*

Nach dem Vorgange von *Reichard*, Riga, *Weil*, Stuttgart, *Bezold*, München, *Schmiegelow* u. A. untersuchte Verf. 700 Schulkinder der beiden Gross-Wartenbergischen Volksschulen, der evangelischen und der katholischen, welche ihrerseits wieder in je eine Land- und Stadtschule zerfallen, auf ihr Hörvermögen, und zwar mittelst Flüstersprache (Zahlen von 1—100), zum Theil auch mit dem *Politzer*'schen Hörmesser. Nach kurzer Uebung wurde erreicht, dass mit beiden Methoden gleiche Resultate erzielt wurden. Er kommt nun zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Flüstersprache wird von Normalhörenden auf 20 Meter und darüber verstanden, das Hörvermögen ist jedoch für den Verkehr noch völlig ausreichend, wenn dies bei 12 Meter geschieht (bei mehr verminderter Hörfähigkeit eines Ohres muss das andere ein erhöhtes Hörvermögen haben); für die Zwecke des Schulunterrichtes genügt eine Perceptionsgrenze von 8 Metern. Unter den untersuchten Kindern



wurden 110 (15·7%) mit geschwächtem Hörorgan gefunden; 23 (3·3%) befanden sich unterhalb der angegebenen Perceptionsgrenze. Die Schwerhörigkeit der Schulkinder beeinträchtigt stark die geistigen Fortschritte derselben, jedoch ist die Schule an Häufigkeit des Vorkommens an Ohrerkrankungen nicht Schuld, da im Verlaufe der Schulzeit eine Abnahme derselben zu constatiren ist. Die Schwerhörigkeit wird meistens durch Unreinlichkeiten (Schmalzpfröpfe), Erkältungen und Infectionskrankheiten verursacht. Am interessantesten ist die Constatirung der Thatsache, dass von 23 Schulkindern ohne ausreichendes Gehörvermögen nur 12 von ihrem Gehörfehler Kenntniss hatten und nur 7 von diesen waren den Lehrern als schwerhörig bekannt. Der häufige Vorwurf der Unaufmerksamkeit und Zerstreutheit wurde somit diesen unrechtmässiger Weise gemacht. Hieraus ergibt sich für den Verf. der dringende Wunsch nach Anstellung von Schulärzten.

Literatur.

818. ***Handbuch der Ohrenheilkunde.*** *Bearbeitet von Prof. Berthold (Königsberg), Prof. Bezold (München), Prof. Bürkner (Göttingen), Prof. Gad (Berlin), Prof. Gradenigo (Turin), Prof. Habermann (Graz), Prof. Hertwig (Berlin), Dr. Hessler (Halle), Prof. Kessel (Jena), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Kirchner (Würzburg), Prof. Kuhn (Strassburg), Dr. Magnus (Königsberg), Dr. Meyer (Kopenhagen), Dr. Moldenhauer (Leipzig), Prof. Moos (Heidelberg), Dr. Mygind (Kopenhagen), Prof. Schwartze (Halle), Prof. Steinbrügge (Giessen), Prof. Trautmann (Berlin), Prof. Urbantschitsch (Wien), Prof. Wagenhäuser (Tübingen), Prof. Walb (Bonn) und Prof. Zuckerkandl (Wien). Herausgegeben von Prof. Dr.* ***Hermann Schwartze,*** *königl. preuss. geheimer Medicinalrath und Director der k. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. Zwei Bände. Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig. Preis 55 Mark. Besprochen von Dr. Sigismund Szenes in Budapest.*

(Fortsetzung.)

In dem 11. nahezu 100 Seiten starken Aufsatze über allgemeine Symptomatologie finden wir von *Urbantschitsch* eine Arbeit, welche er auf Grund von über 600 Aufsätzen zusammenstellte, und sehr häufig führt *Urbantschitsch* nebst den Angaben fremder Autoren selbst beobachtete Fälle an, welche das Besprochene illustriren. Es werden hier besprochen die verschiedenen Anomalien der Hörfunctionen im Allgemeinen, die acustischen An- und Hyperästhesien, die subjectiven Gehörsempfindungen, die Störungen des Gleichgewichtes und endlich alle diese Erscheinungen als *Ménière'*scher Symptomencomplex. Ferner finden eine Besprechung die Autophonie, die mit Ohrenübeln einherzugehen pflegenden Schmerzen und das Fieber, die verschiedenen Ausflüsse (Schleim, Serum, Eiter, Blut und Liqu. cerebrospin.), die vasomotorischen und trophoneurotischen Störungen, die von Ohrenaffectionen ausgelösten Reflexerscheinungen und schliesslich die Symptome, welche durch Erkrankungen des Facialis, der Chorda tympani und des Plexus tympanicus bedingt sind. — In dem nächstfolgenden 12. Abschnitt bespricht



Moos mit einer, von diesem Autor stets gewöhnten Genauigkeit, welcher diesmal auf kaum 120 Seiten das Resumé von circa 800 einschlägigen Aufsätzen zu Grunde gelegt wurde, die allgemeine Aetiologie der Ohrerkrankungen, insoweit Vererbung, Alter, Geschlecht, Beruf, Temperatur, Erkältung, Klima, Jahreszeiten und verschiedene äusserliche Momente zu deren Entstehung beitragen können. Nach diesem nur kurz gehaltenen Theile folgt nun eine überaus ausführliche Schilderung der Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu den Veränderungen und Krankheiten des Gehörorganes. Hier finden wir die verschiedenen Erkrankungen des Nervensystemes, der Respirations- und Circulationsorgane, der Digestions-, Harn- und Sexualorgane, des Knochensystems, der Constitutions- und aller Infectionskrankheiten und der verschiedensten Intoxicationen einzeln erwähnt, wie dieselben auf pathologisch-anatomischer, patho-histologischer und bacteriologischer Basis zu den verschiedenartigsten Erkrankungen des Ohres in Beziehung gestellt werden müssen. — Auf 10 Seiten behandelt *Magnus* im 14. Abschnitte die allgemeine Prognose der Ohrenkrankheiten und endlich *Wagenhäuser* im 15. Abschnitte auf 48 Seiten die allgemeine Therapie. Letztere bespricht *Wagenhäuser* in zwei Theilen, indem er zuerst die örtlich anzuwendenden Eingriffe anführt, als solche wären zu erwähnen die Blutentziehungen, die thermischen Einwirkungen (Wärme und Kälte), die mechanischen Einwirkungen (Ausspritzen, Durchspülung der Paukenhöhle, Austrocknen des Ohres, Luftverdichtung, Luftverdünnung und Massage), ferner die örtliche Anwendung von Arzneimitteln, sowohl in der Umgebung des Ohres, als auch durch den äusseren Gehörgang oder durch die *Eustach*'sche Röhre und endlich die Anwendung der Elektricität. Als Factoren der durch eine Behandlung des Gesammtorganismus bedingten Allgemeinbehandlung werden erwähnt die klimatische und hydropathische Behandlung, die Abführ-, Brech- und Schwitzmittel, die Quecksilber-, Jod- und Chininpräparate, die Narcotica, Antineuralgica und Antipyretica, und selbst die Metallo- und Suggestionstherapie blieben nicht vergessen.

Der um nahezu 200 Seiten stärkere zweite Band behandelt in 13 Abschnitten die speciellen Erkrankungen der einzelnen Theile des Gehörorganes. Im 1. Abschnitte werden die Krankheiten der Ohrmuschel und des äusseren Gehörganges, im zweiten die des Trommelfells beschrieben. Beide sind von *Kirchner* auf 92 Seiten abgefasst, und finden wir hier sämmtliche, sowohl die häufigeren als auch selteneren Erkrankungen ausführlich beschrieben, sammt den therapeutischen Eingriffen, welche man in gegebenen Fällen einzuleiten hat.

Auf 75 Seiten beschreibt *Trautmann* die Krankheiten des Nasenrachenraumes. Bei den modernen Ohrenärzten ist es schon längst ein überwundener Standpunkt, mit diesen Krankheiten im Klaren sein zu müssen, denn nur zu häufig kann von einer Dauerheilung der Ohrenkrankheiten nur dann die Rede sein, wenn der Zustand des Nasenrachenraumes im gebührlichen Masse berücksichtigt wird, weshalb dieser Abschnitt in einem guten Lehrbuche der Ohrenheilkunde gewiss nicht fehlen darf. — *Trautmann* lehrt uns hierin, wie man den Nasenrachenraum einerseits an der Leiche, andererseits aber am Lebenden zu untersuchen hat. Bei den Krankheiten desselben schickt er den letzt erwähnten Umständen stets die Ursachen der Erkrankungen voraus und erst dann folgen die therapeutischen Massnahmen. In dieser Weise



werden nun zuerst die acuten Erkrankungen (Catarrh, Erysipelas, Phlegmone, Diphtherie und Croup), dann aber die chronischen (einfacher, hyperplastischer und atrophischer Catarrh, Syphilis und Tuberculose), und endlich die Neu- und Missbildungen, Fremdkörper und Emphysem des Nasenrachenraumes besprochen. — Die Krankheiten der Paukenhöhle und der Tuba Eustachii erörtert im 4. Abschnitte *Walb*, indem er stets die Aetiologie, Diagnose und Symptomatologie, ferner den Verlauf und Ausgang, wie auch die Prognose und Behandlung der einzelnen Erkrankungen bespricht. Als solche werden nun erwähnt der einfache und chronische Catarrh, letzterer mit seinen Unterarten — Hypertrophie und Sclerose der Paukenhöhlenschleimhaut —, ferner die einfache Entzündung der Paukenhöhle, die Myringotympanitis, die acute und chronische perforative Paukenhöhlenentzündung, selbstständig wird die Erkrankung des Atticus tympanicus behandelt, ferner die specifischen Erkrankungen der Paukenhöhle, als Otitis media diphtheritica, crouposa und tuberculosa. — Die Residuen der Paukenhöhlenentzündungen, welche wohlbekanntlich objectiv in Form von Vernarbungen oder Kalkablagerungen im Trommelfell oder von Synechien in der Paukenhöhle nachzuweisen sind, werden von *Walb* als Tympanitis cicatricia besprochen. Zu dieser eingehenden Erörterung ist die Benennung unglücklich gewählt, da man doch in solchen Fällen immer mit einem bereits abgelaufenen Process zu thun hat, das Wort „Tympanitis“ hingegen per analogiam anderer auf „itis“ endigender Benennungen einen noch bestehenden Krankheitsprocess zu bezeichnen pflegt. — Ausser diesen werden noch die Verletzungen der Paukenhöhle, sowie die Erkrankungen der Binnenmuskeln und endlich die Neuralgia tympanica besprochen. Die Erkrankungen der Tuba Eustachii sind ziemlich kurz gegeben, und beschreibt *Walb* die verschiedenen Entzündungen und Verletzungen derselben. — Stellenweise führt *Walb* eigene beobachtete Fälle an, welche das Gesagte zu illustriren berufen sind. — Im 5. Abschnitte bespricht *Bezold* die Krankheiten des Warzentheiles auf 53 Seiten mit einer Gründlichkeit, wie wir dieselbe in jedem literarischen Beitrage dieses Autors zu finden gewohnt sind. Stellenweise beruft er sich auf eigene Beobachtungen, wodurch er seine Ansichten immer in überzeugender Weise bekräftigt. Nach der Besprechung unerlässlicher anatomischer Begriffe führt uns *Bezold* die Betheiligung der Pars mastoidea an den acuten Erkrankungen der Paukenhöhle an, erörtert das Empyem des Warzentheiles und die primäre Erkrankung desselben und seiner äusseren Weichtheildecken. Hierauf folgen die Betheiligung des Warzentheiles an den chronischen Mittelohreiterungen, endlich Caries und Necrose, Cholesteatom, Emphysem, Pneumatocele, traumatische und Schussverletzungen desselben. — Die Krankheiten des Labyrinths und des Nervus acusticus sind auf nahezu 100 Seiten auf Grund von 950 literarischen Aufsätzen von *Gradenigo* recht ausführlich zusammengestellt. In diesem 6. Abschnitte finden sich häufige Wiederholungen, stellenweise auch Widersprüche zu einzelnen Stellen in anderen Abschnitten abgehandelter Erörterungen vor, ein Umstand, der unausweichbar ist. — Nach einer kurzen Beschreibung der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Labyrinthes bespricht *Gradenigo* die Symptomatologie der Labyrintherkrankungen, indem er eingehend die subjectiven Geräusche, die Anfälle von Schwindel, den wankenden Gang, die Verminderung und Aufhebung der Gehörs-



function und die functionelle Prüfung anführt. Nach einer Schilderung der qualitativen Prüfung der Hörschärfe folgt die Behandlungsweise der Krankheiten des inneren Ohres im Allgemeinen und endlich werden die eigentlichen Krankheiten des Labyrinthes beschrieben. Als solche wären zu erwähnen: Circulationsstörungen, acquirirte und hereditäre luetische Entzündungen; Labyrintherkrankungen in Folge von Parotitis, Leucämie, infectiöse Krankheiten und rheumatische Ursache, directe und indirecte Traumen, Alterationen durch einmalige oder andauernde Schalleinwirkungen (professionelle Erkrankungen), durch Intoxicationen, Altersveränderungen (Presbyacusis) und durch Neubildungen. Als secundär auftretende Labyrintherkrankungen sind solche nach Otitis media catarrhalis, nach eiterigen Mittelohrentzündungen, letztere auch nach infectiösen Erkrankungen angeführt. Den Schluss bilden die Erkrankungen des Nervus acusticus und der Hörcentren, bei welchen *Gradenigo* dieselbe Anordnung beibehält und endlich folgende Krankheiten beschreibt: Neurolabyrinthitis in Folge von eiteriger Meningitis und speciell von Meningitis cerebrospinalis, Gehörstörungen bei Gehirnsyphilis, intracranielle und Acusticusgeschwülste, Taubheit nach Laesionen der Hörcentren, Acusticuserkrankungen in Folge von Tabes dorsualis, hysterische Gehörsstörungen, Reflexe durch Ohrreize, Diplacusis und Farbenhören. — Häufig begegnen wir casuistischen Mittheilungen und zahlreichen graphischen Tabellen, welche zur Erläuterung gute Dienste leisten. — Die Fremdkörper im Ohre sind in gedrängter Kürze, jedoch umso verständlicher auf 15 Seiten von *Kiesselbach* abgefasst. Theils eigene Beobachtungen, theils interessante und instructive Fälle anderer Autoren beleuchten die Diagnose und Therapie der Fremdkörper, wie dieselben in der *Eustach*'schen Röhre, im äusseren Gehörgange und in der Paukenhöhle aufzufinden und auch herauszuholen sind. — In recht interessanter Weise werden die Neubildungen des Ohres auf 45 Seiten im 8. Abschnitte von *Kuhn* beschrieben. In seiner Beschreibung der verschiedenen Geschwülste geht *Kuhn* vom embryologischen Standpunkte aus und unterscheidet 3 Theile des Ohres, und zwar: 1. einen ectodermalen Theil, hierher gehören Ohrmuschel, äusserer Gehörgang und Trommelfell, 2. einen entodermalen Theil, wohin Paukenhöhle, Warzenfortsatz und *Eustach*'sche Röhre gehören, 3. den schallempfindenden Apparat des Ohres, wo Neubildungen zumeist nur secundär auftreten, weshalb auch *Kuhn* diesen Theil nur kurz abfasst. — An den 2 erstgenannten Theilen unterscheidet *Kuhn* Bindesubstanz und Epithelialgeschwülste. Zu ersterem gehören am ectodermalen Theile die Cysten, Fibrome, Angiome, Chondrome, Osteome und Cholesteatome, am entodermalen Theile die Ohrpolypen, zu letzteren hingegen am ectodermalen Theile das Sarcom und Epitheliom, am entodermalen Theile das Cholesteatom, Sarcom und Epitheliom. (Schluss folgt.)

819. ***Die Weintraubencur mit Rücksicht auf Erfahrungen in Meran.*** *Von Sanitätsrath Dr.* ***Raphael Hausmann,*** *Curarzt in Meran. Fünfte, völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Meran 1894, Fridolin Plant.*

Die vorliegende neue Auflage der „Weintraubencur" verdient die Bezeichnung als eine völlig umgearbeitete und erweiterte in vollstem Masse. Verf. legt in derselben nicht nur die Früchte einer 30jährigen Erfahrung über die Wirkung der Traubencur bei den verschiedenen krankhaften Zuständen, gegen welche sie bisher angewendet wurde,



nieder, sondern er stellt für den Gebrauch derselben auch neue Indicationen auf und räumt unbegründete, weder durch die Theorie, noch durch die Praxis bestätigte Annahmen aus dem Wege. Thatsächlich tritt uns auf jeder Seite der vorliegenden Bearbeitung das Streben des Verf.'s entgegen, die Wirksamkeit der Traubencur, soweit er sich von derselben überzeugt, auf physiologische Thatsachen zu begründen, und somit auch für dieses schon seit langer Zeit geübte therapeutische Verfahren eine sichere Grundlage zu schaffen. Eine Anzahl von Daten, z. B. über die Menge des Saftes der Trauben, über das Verhalten der Reaction des Harnes während der Traubencur, sowie über das Verhalten der Diurese dabei, verdanken wir den eigenen Beobachtungen des Verf.'s. Die physiologische Wirkung des Traubensaftes, beziehungsweise der Bestandtheile desselben hat Verf. nach dem neuesten Standpunkt der Wissenschaft zu erklären versucht. Von klinischem Interesse sind insbesondere die Ausführungen des Verf. über die Wirkung der Traubencur bei Ptyalismus, bei Hyperämie der Lunge und im Anfangsstadium bestimmter Formen von Lungenschwindsucht. Auch die Dosirung der Diät während der Cur und die Contraindicationen für diese hat Verf. eingehend revidirt und nach sorgfältiger Prüfung mitgetheilt. So ist das dem Senior der Meraner Aerzte, Dr. *Franz Tappeiner*, gewidmete Werkchen ein würdiges Zeugniss für das wissenschaftliche Streben und Können des als klinischer Diagnostiker berühmten Verfassers. —*sch.*

Kleine Mittheilungen.

820. ***Pilulae antaphrodisiacae*** nach **Raynaud:** Rp. *Camphor. monobrom., Lupulini aa. 1·500, Secal. cornut. 1, Sapon. medic. q. s. ut f. pilul. Nr. 20,* d. s. 2—4 Pillen täglich. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1893. Bd. XVII. 4.)

821. Zum inneren Gebrauch bei ***Metrorrhagie*** empfiehlt **Lutaud:** *Tinct. Hydrast. canadens. 2·0, Tinct. Zingib. 10·0, Extr. opii 0·1, Syr. cort. Aurant. 30·0, Aq. destillat. 100·0,* dreistündlich 1 Esslöffel voll zu nehmen. („Der Frauenarzt." 1894. 18.)

822. **Nicholson** (Colchester) empfiehlt in „Rev. des mal. de l'enf." (Juni 1894) die ***Behandlung des Oxyuris vermicularis*** mit gleichzeitiger innerlicher Verabreichung von Santonin und Anwendung von Quassia amara in Form von Suppositorien. Das Santonin wird jeden 2. Tag in den üblichen Dosen gegeben, und zwar nur eine Woche hindurch, um Intoxicationserscheinungen zu verhüten. Allabendlich vor dem Schlafengehen wird ein Suppositorium eingeführt, bestehend aus: Rp. *Extr. quassiae amar. 0·06—0·18, Butyr. cacao, q. s. u. f. suppos. D. tal. dos. Nr. X.* Ausserdem wird Früh und Abends am Anus und in dessen Umgebung eine Salbe applicirt, die Calomel und Extr. quassiae enthält. Von Zeit zu Zeit kann man auch ein Klystier, bestehend aus Rp. *Menthol 0·06, Ol. olivar. 30·0* mit Erfolg geben. Die Nägel der Kinder müssen kurz geschnitten sein und die Fingerspitze öfter mit einem Quassiainfus befeuchtet werden, um eine Autoinfection durch Kratzen oder Verschlucken der Parasiten zu verhüten. (Der prakt. Arzt. 1894. 8.)

823. ***Einfache Behandlung des Panaritium.*** Dr. **Metterhausen** (Schneverdingen) empfiehlt eine besonders für die Landpraxis sehr geeignete Vereinfachung der Behandlung. Nach der Incision werden Lysol-Handbäder verordnet, und zwar je nach der Schwere des Falles 3—5mal täglich ein viertelstündiges, warmes Bad von: Rp. *Lysol. 200·0,* S. 1—2 Esslöffel voll auf 2 Liter warmen Wassers. Darin immer die ganze Hand zu baden! Nachher Wunde mit einer Lysolwassercompresse zu bedecken und einfach zu verbinden. Die schwächere Lösung vertragen auch Kinder. Bei der Operation stets Localanästhesie mit Chloräthyl oder Aether-



spray; ist der arterielle Blutstrom sehr stark, so lasse man vorher die Extremität einige Zeit hoch heben und lege oberhalb der Incisionsstelle, also meist um die Grundphalanx des Fingers, einen Gummischlauch an. — Die Lysolbäder sind auch bei Knochennecrose empfehlenswerth! Oft kommt der Sequester bei den Spülbewegungen sehr rasch zum Vorschein, und es erfolgt schnelle Heilung.

(Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis. 1894. 5.)

824. ***Die Bohnensuppe als erstes Diureticum und als Heilmittel.*** *Von Dr. Heinrich Ramm, Preetz. (Allg. med. Central-Ztg. 1893.)*

Eine Frau, die in Folge eines Vitium cordis an Ascites und Hydrops der unteren Körperhälfte litt, trank, einem unwillkürlichen Triebe folgend, das von grünen Bohnen abgegossene Kochwasser (etwa $^1/_2$ Liter). Die nächste Folge davon war eine ungeheure Diurese, die sich später wiederholte, als dann in voller Absicht das Bohnenwasser häufiger getrunken wurde; die Oedeme besserten sich und der ganze Zustand der Frau hob sich ungemein. Diese diuretische Wirkung der Bohnensuppe hat sich nun nach Verf. vollständig bewährt. Reife oder fast reife getrocknete Bohnen (Stangenbohnen mit den Hülsen und möglichst mit einem 3 Cm. langen Stiel, 2—3 Hände voll, werden mit Wasser 3—4 Stunden gekocht, so dass man $^1/_2$ bis $^3/_4$ Liter Decoct erhält, welches man durch ein Sieb von den Bohnen trennt. Diese Suppe wird während des Tages getrunken; sie kann durch Zusatz von Bouillon oder durch Kochen mit Fleisch oder Speck schmackhafter gemacht werden. Am schnellsten wirkt die Bohnensuppe bei Hydrops in Folge von Herz- und Nierenkrankheiten, doch wird sie auch mit Vortheil bei allen anderen hydropischen Zuständen gegeben. Bei allen chronischen Erkrankungen der Harnwege, bei Steinbildung, bei Gicht, bei Morbus Brightii, bei Schwangerschaftsniere und Eclampsie hat Verf. mit der Bohnensuppe sehr gute Erfolge zu verzeichnen. Auch bei Diabetes mellitus hat sich das Heilmittel schon in einigen Fällen sehr bewährt. Der Zucker verschwand nach zehntägiger Behandlung und zeigte sich auch nicht wieder nach Aussetzen der Cur trotz des Genusses gewöhnlicher Speisen.

825. ***Piédallu,*** Paris, empfiehlt folgende ***Behandlung der Rachendiphtherie und des Kehlkopfcroups.*** Rp. *Syrupi simpl. 100·00, Kal. jodati 5·00, Hydrarg. bijodat. rub. 0·05.* Von diesem Syrup nehmen die Kinder je nach Alter alle zwei Stunden einen Kaffee- bis einen Dessertlöffel voll. Kindern von vier bis sechs Jahren hat *Piédallu* in sechs oder acht Tagen bis 300 Grm. von diesem Syrup nehmen lassen. Einige Stunden nach Beginn dieser Medication treten schon die Zeichen der Ausscheidung durch die Schleimhäute auf, die wohlbekannten Zeichen des Jodismus: Schnupfen, Speichelfluss etc. Diese Erscheinungen sind manchmal so ausgesprochen, dass das Kind förmlich geifert; dann muss die Dose vermindert, jedoch stets ein Zustand von Sättigung des Körpers mit Jod erhalten werden. Der Zweck dieser Methode ist, dass der Kranke in Mund und Hals gewissermassen ein ständiges antiseptisches Gargarisma habe.

(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 14.)

826. Ein ***„sehr wirksames“*** Mittel gegen Catarrh der Nase: Rp. *Jodoform 0·6, Acid. carbol. 0·9, Petrolei 30.* D. S. Vor dem Schlafengehen auf die Innenseite der Nasenflügel zu streichen.

(Maritime med. News. — Deutsche med. Ztg. 1894. 55.)

827. ***Gegen die nächtlichen Schweisse der Phthisiker*** empfiehlt Dr. *J. Goldenbach*, Moskau „das Secale cornutum“ (respective Ergotin) in Dosen von 0·3 Grm. ein- oder zweimal vor dem Schlafengehen. Die Fälle, wo das Mittel wirkungslos blieb, sollen zu den seltenen Ausnahmen gehören. Selbst durch Wochen hindurch alltäglich eingenommen, blieb das Medicament ohne schädliche Folgen für den Organismus. In Form von Injectionen: Rp. *Extr. Secal. cornuti 3·0, Spir. vin. dil., Glycerin., Aqu. dest. aa. 5·0.* MDS. Eine Spritze jeden Abend subcutan, soll der Erfolg noch viel constanter gewesen sein.

(Deutsche med. Wochenschr. 1894. 26. — Wiener klin. Wochenschr. 1894. 28.)

Sitzungsberichte.

828. ***Ueber Dementia progressiva paralytica.*** *Von Dr. **Kreuser**, Director der Irrenanstalt in Schussenried. Vortrag im ärztlichen Bezirksverein Ravensburg. (Württembergisches Correspondenzbl. 1894. 12.)*

Die Lehre von der Einheit aller Seelenstörungen von *Zeller* und *Griesinger* wurde durch die Anerkennung der Dementia paralytica als selbstständige Krankheitsform verdrängt. Mehr als bei anderen Geisteskrankheiten finden sich bei ihr anatomisch-pathologische Grundlagen. Das klinische Bild sei: Zuerst Beschwerden neurasthenischer Art, charakteristische Störungen im Zusammenwirken der feinsten Leistungen der nervösen Centralorgane, während eine geistige Euphorie eintritt. Leichtsinn, Rücksichtslosigkeit, Nachlässigkeit stellen sich zuerst ein; das Gefühl gesteigerten subjectiven Wohlbefindens führt zu Ausgelassenheit, Frivolität etc., im Widerspruch mit der bisherigen moralischen Haltung des Kranken. Dabei völlige Unbefangenheit gegenüber dem compromittirenden Verhalten, sowie eine ungebändigte Unternehmungslust und grosse Zuversichtlichkeit und die abenteuerlichsten Unternehmungen. Die körperliche Untersuchung ergibt Asymmetrie, Störung complicirter Bewegungen; die Schrift verliert den gewohnten Zug, es zeigt sich ein übereilt nach vorne stürzender Gang. Deutlich wird in diesem Stadium eine merkliche Steigerung der Sehnenreflexe. Mit Zunahme all dieser Erscheinungen wächst das Kraftgefühl und das vermeintliche Können. Es beginnen die Grössenwahnvorstellungen, in denen der Kranke geradezu schwelgt, ebenso wie in Erinnerung an vermeintlich vollbrachte Thaten. Ein Bedürfniss, die Vorstellungen zu begründen oder sie untereinander in Einklang zu bringen, fühlt der Kranke nicht; die Wahnideen sind äusserst variabel. Man findet die Pupillen träge reagirend, die Gesichtsfalten asymmetrisch, die Zunge zitternd, oft nach einer Seite abweichend, die Sprache verlangsamt, mühsam, gleichsam stolpernd, was besonders bei einiger Erregung auffällt. Die Schriftzüge werden jetzt höchst unregelmässig, die Handschrift kaum mehr erkennbar. Bald stellt sich nunmehr Tremor ein und ein Nachlassen der Kräfte; der Gang wird schwerfällig und breitspurig; beständige motorische Unruhe tritt ein. In diesem zweiten Stadium der Krankheit erscheint das Aeussere vernachlässigt, Schamgefühl und Sorgfalt verschwunden. Nach diesem Stadium kommt meist eine psychische und somatische Abspannung; Apathie tritt jetzt an die Stelle der gesteigerten Gefühlsstimmung, Zeitmass und Daten verschwinden aus dem Gedächtniss, kaum der eigene Name bleibt noch in Erinnerung, das Gedächtniss für die jüngste Vergangenheit erlischt fast ganz. Auch die Wahnvorstellungen sind nur noch Wiederholungen früher producirter. Trotzdem fühlt der Kranke sich „ausgezeichnet gesund". Es treten nun immer mehr Lähmungserscheinungen auf, der Kau- und Schlingapparat wird gelähmt (Aspiration von Speisen in die Luftröhre, Fremdkörperpneumonie!), und jetzt tritt regelmässig auch Unreinlichkeit ein. Die Sensibilität der Haut ist sehr vermindert, Zwicken, Stechen und Brennen wird kaum mehr gespürt, der Druck der Unterlage, zufällige Verletzungen u. dergl. werden nicht mehr gefühlt und das führt zu Decubitus und Gangrän. Dabei ist die Stimmung immer

noch eine heitere. Der Kranke wird endlich ein Jammerbild menschlichen Elends und der Tod erfolgt in Marasmus.

Die einzelnen Erscheinungen sind nicht immer gleich deutlich ausgeprägt; auch eine bestimmte Reihenfolge der einzelnen Paresen ist nicht immer vorhanden. Ein Stillstand kommt nicht selten vor. Schwere Anfälle können in den verschiedenen Stadien eintreten, in denen der Kranke plötzlich bewusstlos wird und in Krämpfe verfällt, ähnlich wie bei Epilepsie. Nicht selten sind solche Anfälle gefolgt von Hemiplegien, die meist vorübergehend zu sein pflegen.

Es gibt mehrere Unterformen der progressiven Paralyse: 1. die demente Form, wo neben den Lähmungserscheinungen nur eine fortschreitende Verblödung sich zeigt. 2. Die tobsüchtige Form, mit wilder Ideenflucht, wo die Lähmungserscheinungen eine Zeit lang verdeckt werden. Die Zusammenhangslosigkeit der Wahnideen ist hier das Entscheidende gegenüber anderen Psychosen. 3. Die galoppirende Paralyse, so genannt, weil bei ihr alle Erscheinungen in schwerster Art und rascher Folge auftreten. 4. Die hypochondrische Form. Hier treten die Paresen nur sehr allmälig auf. Der Mangel aller Begründung und die Absonderlichkeit des Inhaltes der Wahnideen sind hier das Entscheidende für die Diagnose. 5. Eine Form, welche mit Hallucinationen verbunden ist. Die Schwachsinnigkeit der Wahnideen ist hier das wichtigste Moment. Die Widerstandskraft des Organismus erlischt nach den paretischen Erscheinungen. 6. Es kann sich auch eine circuläre Form ausbilden, in der nach völliger Remission aller Erscheinungen das Krankheitsbild sich wiederholt.

In zwei Drittel aller Fälle treten auch spinale Erscheinungen auf (aufsteigende Paralyse). Sie führen zur Tabes dorsalis. Die Diagnose ist anfangs oft schwierig; sie ist aber für den Kranken sehr wichtig, um ihn vor allgemeinen Schädigungen zu bewahren. Es muss den Ursachen der Paresen nachgeforscht werden. Die Unvollständigkeit und der progressive Verlauf der Lähmungen sind wichtig. Einförmigkeit des Vorstellungsinhaltes spricht gegen Dementia paralytica. Verwechselt kann sie werden mit chronischem Alkoholismus. Der progressive Verlauf trotz erzwungener Abstinenz entscheidet jedoch die Diagnose. Der Verlauf dauert in der Regel 2—3 Jahre, kann sich aber bis auf 8 und 10 Jahre erstrecken. Genesungen kommen vor, aber sehr selten. Remissionen täuschen oft Genesungen vor.

Das männliche Geschlecht ist 4—5mal häufiger befallen als das weibliche; bei weiblichen Kranken sind Remissionen häufiger. Besonders disponirt sind Officiere, zumal im Anschluss an Feldzüge. Das kräftige Mannesalter liefert die meisten Paralytiker. Dass die Syphilis der Hauptgrund der Dementia paralytica sei, ist nicht richtig; aber die Syphilis ist ein Factor der Aetiologie. Excesse in Baccho et in Venere, heftige Gemüthserregungen, einseitig anstrengende Beschäftigung sind ebensolche Factoren. Weniger als bei anderen Psychosen ist die Heredität von Einfluss. In der Therapie ist vor Kaltwassercuren zu warnen; sie wirken immer verschlimmernd. Die Internirung in eine Anstalt ist das einzig Richtige.

Pathologisch-anatomisch findet sich keine ursprüngliche Anlage, meist nur aus jüngster Zeit stammende Veränderungen. Grosser Blutreichthum des Schädels und der Hirnhäute ist häufig. Abziehen der Pia sehr erschwert, das Hirn atrophisch. Besonders ist der Stirnlappen ver-



ringert an Gewicht. Die Windungen des Gehirns sind verschmälert, die Sulci zu Gruben erweitert, die graue Rinde verschmälert, anämisch, ihre Oberfläche erweitert, die graue Substanz verringert, derb elastisch. Der Blutgehalt des Gehirns ist bedeutend; die Ventrikel erweitert, Plexus chorioidealis blutüberfüllt. Herderkrankungen fehlen. Der mikroskopische Befund zeigt Erkrankung der Hirnrinde.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Arnold, Dr. Carl, Professor der Chemie an der kgl. thierärztlichen Hochschule zu Hannover. Repetitorium der Chemie. Mit besonderer Berücksichtigung der für die Medicin wichtigen Verbindungen, sowie des „Arzneibuches für das Deutsche Reich" und anderer Pharmakopoen, namentlich zum Gebrauche für Mediciner und Pharmaceuten. VI., verbesserte und ergänzte Auflage. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1894.

Benedikt, Dr. Moriz, Professor an der Universität in Wien. Second Life. Das Seelen-Binnenleben des gesunden und kranken Menschen. Vortrag für den internationalen medicinischen Congress in Rom 1894. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894. (Separatabdruck aus der „Wiener Klinik".)

Gönner, med. Univ. Dr. A. in Krems. Heilung der Lungentuberculosis nach dem Naturheilverfahren. Mit 3 Abbildungen. Eigenverlag.

Hegar, Dr. Alfred, Professor der Gynäkologie an der Universität Freiburg in B. Der Geschlechtstrieb. Eine social-medicinische Studie. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Hirt, Dr. Ludwig, Professor an der Universität Breslau. Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende. Zweite, umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894.

Hoffa, Dr. Albert, Privatdocent der Chirurgie an der Universität Würzburg. Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. II. Auflage mit 596 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894. (Bibliothek des Arztes. Eine Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.)

Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz. Basel und Leipzig, Carl Sallmann, 1894.

Nr. 11. *Dr. Theodor von Speyr*, Die Genuinität in ihren erblichen Beziehungen.
Nr. 12. *Dr. L. Rütimeyer*, Ueber Bilharziakrankheit.

Ritter Julius, Berlin. Croup und Diphtherie. Berliner Klinik. 1894. Juli. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung.

Robinski, Dr. Severin, Einige Worte zur Tuberculose- und Krebsbehandlungsfrage. Berlin 1894, Verlag von Robinski & Comp.

Rosenbach, Dr. O., Professor an der Universität in Breslau. Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. II. Hälfte, 1. Abtheilung. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894.

Sammlung klinischer Vorträge, begründet von *Richard v. Volkmann*. Neue Folge. Herausgegeben von *Ernst v. Bergmann*, *Wilhelm Erb* und *Franz v. Winckel*. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1894.

Nr. 99. *Dolder Hermann*, Die Stellung des Landarztes zur Perforation und Sectio caesarea.

Nr. 100. *Wertheim Ernst*, Ueber die Durchführbarkeit und den Werth der mikroskopischen Untersuchung des Eiters entzündlicher Adnexentumoren während der Laparotomie.

Nr. 101. *Schlange Hans*, Ueber den Ileus.

Schaumann, Dr. Hugo, prakt. Arzt. Beitrag zur Kenntniss der Gynäkomastie. (Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXVIII. Nr. 1.) Würzburg, Verlag der Stahel'schen k. k. Hof- und Universitäts-Buchhandlung, 1894.

Schleich, Dr. C. L., Schmerzlose Operationen. Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes. Mit 32 Abbildungen im Text. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1894.



Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1892. X. Jahrgang. Bearbeitet von *Dr. Stephan Sedlaczek*, Magistratsrath, und *Dr. Wilhelm Löwy*, Magistrats-Secretär. Wien 1894, Verlag des Wiener Magistrates.

Wick, Dr. Ludwig, k. k. Regimentsarzt. Ueber die physiologischen Wirkungen verschieden warmer Bäder und über das Verhalten der Eigenwärme im Allgemeinen. Mit 4 lithographirten Tafeln. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1894.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Naturwissenschaftlich-medicinische Ausstellung in Wien. Mit der Naturforscherversammlung, welche im September d. J. in Wien stattfindet, wird eine reichhaltige Ausstellung naturwissenschaftlicher und medicinischer Objecte verbunden sein. Die Ausstellung wird schon am 15. September eröffnet werden und allgemein zugänglich sein. Sie umfasst erstens die neuesten Erfindungen auf physikalischem und chemischem Gebiete, namentlich die modernsten Fortschritte in den verschiedenartigsten Anwendungen der Elektricität, die Anwendung der Photographie in der modernen Wissenschaft, die bedeutenden Fortschritte der Geologie, die grossartige Entwicklung der Städtehygiene; im Anschlusse wird eine zweite historische Abtheilung ein Bild der alten naturwissenschaftlichen Forschung entrollen und auch eine grosse Anzahl medicinischer Alterthümer bringen, wie z. B. die sämmtlichen authentischen Objecte über die Entdeckung des Kehlkopfspiegels. Eine dritte Abtheilung wird den jetzigen Stand des naturwissenschaftlichen Unterrichtes an den österr. Mittelschulen durch eine Mustersammlung demonstriren. Diese wird von den Professoren der Wiener Gymnasien und Realschulen veranstaltet.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







25 Medaillen I. Classe.
9 Ehrendiplome.



Empfehle meine als vorzüglich anerkannten

Maximal-

und gewöhnliche



1876

ärztl. Thermometer

Zur Bestimmung der Körpertemperatur.

Urometer nach **Dr. Heller** und **Dr. Ultzmann**, **Bade-** und **Krankenzimmer-Thermometer** etc., sowie alle Arten **Thermometer, Barometer** und **Instrumente** für Bade- und Heilanstalten.
Meteorologische Wetterhäuschen für Curorte.

Heinrich Kappeller

Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.

Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.

Privat-Heilanstalt
für

GEMÜTHS- UND NERVENKRANKE

in

2104

OBER-DÖBLING, Hirschengasse 71.

Verlag von URBAN & SCHWARZENBERG in Wien und Leipzig.

Die Krankheiten des Ohres

in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen

für praktische Aerzte und Studirende

von **Dr. RUDOLF HAUG,**

Docent der Ohrenheilkunde an der Universität, Leiter der Abtheilung für Ohrenkranke an der kgl. chirurgischen Universitätspoliklinik zu München.

Mit 3 Figuren im Text und 102 farbigen Trommelfellbildern (Orig.). — VIII u. 296 Seiten.

Preis: 8 M. = 4 fl. 80 kr. ö. W. brosch.; 10 M. = 6 fl. ö. W. eleg. geb.

Dr. Overlach's Migränin

Löwenmarke

(Citronensaures Antipyrin-Coffeïn).



1. Als vorzüglich erprobt **bei den schwersten Fällen der Migräne**, ferner **bei dem Kopfschmerz der Alkohol-, Nicotin- und Morphium-Vergiftung, der Neurasthenie, der Influenza, Grippe** etc. etc.

2. **Bestes Antipyreticum**, auch bei drohendem Collaps, weil der Coffeïngehalt des Migränin gleichzeitig als **Analepticum** vorzüglich wirkt.

Man gebrauche nur **Dr. Overlach's Migränin**, Löwenmarke, und ordinire im Recept stets **„Migränin Höchst"**.

Beste mittlere Dosis für Erwachsene 1,1 Gr., einmal oder mehrmals täglich, in Pulver oder Solution.

Alleinige Fabrikanten: **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.**





Den Herren Aerzten besonders empfohlen.

Tausende von Fälle gibt es, wo Gesunde und Kranke rasch **nur eine** Portion guter kräftigender Fleischbrühe benöthigen. Das erfüllt vollkommen unser



In allen Specerei- und Delicatessengeschäften, Droguerien und Apotheken.

und à 5 Kr.

Proben stehen den Herren Aerzten auf Verlangen jederzeit gratis zu Diensten.

JULIUS MAGGI & Co.
BREGENZ.

Verlag von
URBAN & SCHWARZENBERG
in Wien und Leipzig.

Die Ernährung

des

gesunden und kranken Menschen.

Handbuch der Diätetik

für Aerzte, Verwaltungsbeamte und Vorsteher von Heil- und Pflegeanstalten

von

Dr. med. I. Munk,
Privatdocent an der Universität in Berlin

und

Dr. med. J. Uffelmann,
a. o. Professor und Vorstand des hygien. Instituts an der Universität in Rostock.

Mit einer Farbentafel.

Zweite, verbesserte Auflage.

VIII und 600 Seiten.

Preis: 14 Mark = **8** fl. **40** kr. ö.W. brosch.; **16** Mark = **9** fl. **60** kr. ö. W. eleg. geb.

PREBLAUER **SAUERBRUNNEN.** Der Preblauer Sauerbrunnen, reinster alkalischer Alpensäuerling, v. ausgezeichneter Wirkung bei chron. Catarrhen, insbesonders bei Harnsäurebildung, chronisch. Catarrh der Blase, Blasen- und Nierensteinbildung u. bei Bright'scher Nierenkrankheit. Durch seine Zusammensetzung und Wohlgeschmack zugleich bestes diätetisches und erfrischendes Getränk. 914
Preblauer Brunnen-Verwaltung in Preblau, Post St. Leonhard (Kärnten).

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

829. *Chloralhydrat bei Hämoptoë.*

*Von Dr. **J. Pal**, Primararzt in Wien.*

(Centralbl. für die gesammte Therapie. 1894, Juli.)

Bei zwei alten Methoden der Behandlung der Lungenblutung — dem Aderlass und dem „Binden der Glieder“ — handelte es sich darum, den kleinen Kreislauf zu entlasten. Den Aderlass hat Verf. nie versucht, da der damit verbundene Blutverlust bei tuberculösen Individuen viel zu bedenklich erschien. Das zweite Verfahren — das Binden der Glieder — hat Verf. lange geübt. Auf dasselbe wurde er durch eine einschlägige Mittheilung von *Gustav Seitz* im Jahre 1888 geführt, der dieses schon zur Zeit des *Hippokrates* geübte Verfahren der Vergessenheit wieder entrissen hat. Das Binden der Glieder hat den Zweck, die Venen der Glieder zu comprimiren, dagegen den Abfluss des arteriellen Blutes zu gestatten. Die nächste Folge dieser Procedur ist eine Steigerung des Widerstandes im grossen Kreislauf bei sinkender Blutzufuhr aus den Venen in das rechte Herz. In weiterer Folge soll diese zu einem Sinken der Spannung der Aorta führen. Diesen Zustand, dem, wie *Seitz* annimmt, auch die Anpassung der Gefässe zu Gute kommt, sollen günstige Bedingungen für die Bildung eines Thrombus an der blutenden Stelle gegeben werden. Die ursprünglichen Verhältnisse müssen nach einer $^1/_2$, längstens $^3/_4$ Stunde wieder hergestellt werden. Dies erfolgt durch ganz allmäliges Lösen der Binden, wodurch die Gefahr der Wegspülung des gebildeten Thrombus verringert werden soll. Bei der Verwerthung dieses Verfahrens kommen aber zwei Gesichtspunkte in Betracht, nicht allein die Entlastung des kleinen Kreislaufes, sondern auch die Zurückhaltung eines Blutquantums in den Extremitäten durch Sequestration. Angesichts dieses Umstandes hat Verf. der folgenden Erwägung Raum gegeben: Wenn die Sequestrirung des Blutquantums, welches durch das Binden der Glieder zurückgehalten wird, bereits nützlich ist, um wie Vieles mehr müsste sich eine Ausnützung der Unterleibsgefässe als Blutreservoir bewähren, da das letztere einen unvergleichlich grösseren Fassungsraum besitzt als die Venen der Glieder. Es hat sich dementsprechend nunmehr darum gehandelt, den Einfluss der medicamentösen Blutdruckerniedrigung auf die Lungenblutung zu prüfen. Verf. hat zu diesem Behufe Versuche mit Chloralhydrat angestellt, dessen bedeutende

blutdruckherabsetzende Wirkung aus dem Thierexperimente zur Genüge bekannt ist.

Als weitere Vortheile der medicamentösen Blutdruckerniedrigung durch Chloral — oder ähnlich wirkender Mittel — gegenüber dem Binden der Glieder sind noch die folgenden Momente hervorzuheben: 1. kann die Herabsetzung des Blutdruckes auf eine längere Zeit als beim Binden der Glieder, d. h. auf eine $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde ermöglicht werden; 2. erfolgt der Wiederanstieg des Blutdruckes jedenfalls nicht so rasch, wie er beim Lösen der Binden erfolgen muss, worin ein Hauptübelstand des Bindens zu suchen ist.

Verf. hat seine Beobachtungen an 15 schweren Hämoptysen auf tuberculöser Grundlage im Laufe des Jahres 1893 bis jetzt angestellt. Die Application des Chloralhydrates erfolgte per rectum in Dosen von 1·0—2·5 Grm.

Das Ergebniss war, dass in einer Anzahl der beobachteten Fälle die Blutung nach $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden vollständig stillstand, in anderen Fällen sistirte sie für 8—12 Stunden, erschien dann wieder oder die Blutung schwand nicht vollkommen, sondern sie verminderte sich, um nach einer gewissen Zeit wieder anzusteigen. Unter diesen beiden letztgenannten Fällen war jedoch die wiederkehrende Blutung eine geringere wie im Beginne. Dieses Verhalten traf jedoch nur dann zu, wenn die Chloralwirkung eine complete, d. h. der Blutdruck thatsächlich abgesunken war. Wie sich wohl aus dem Mitgetheilten von selbst ergibt, waren Individuen mit sehr niedrigem Blutdruck von den Versuchen von selbst ausgeschlossen.

In mehreren Fällen wurde das Chloral wiederholt gereicht, auch nach Sistirung der Blutung, d. h. prophylaktisch, wenn sich die Spannung der Arterie zu erhöhen schien. Es ist daher naheliegend, anzunehmen, dass der Effect auf die Lungenblutung der Einwirkung des Chlorals auf den Blutdruck parallel geht. Dass sich hierfür thatsächlich Anhaltspunkte ergeben, beweist eine vom Verf. mitgetheilte Beobachtung (s. im Original).

Für die Lungenblutung erscheint aber nicht allein der Druck im grossen Kreislauf von Belang, sondern nicht minder der Druck im kleinen Kreislauf, der in der Accentuirung des II. Pulmonaltones seinen Ausdruck findet. Allein in pathologischen Fällen nimmt die Accentuirung des II. Pulmonaltones durchaus nicht immer mit dem Druck im grossen Kreislauf ab.

Eine Hauptgefahr für die Unterhaltung der Lungenblutung ist somit der Druck im kleinen Kreislauf, da wir denselben schwer beeinflussen können. Einen weiteren Factor bildet überdies auch die fast typisch bei der Hämoptoë vorhandene erhöhte Pulsfrequenz.

Verf. will aus seinen Versuchen nicht den Schluss ziehen, dass das Chloralhydrat ein sicheres Mittel zur Stillung der Lungenblutung sei, aber er hält es doch für ein unterstützendes. Nicht unwesentlich ist dabei der Umstand, dass es unter der Controle des Arztes gereicht werden muss. Verf. resumirt, dass die wichtigsten Mittel für die Behandlung der Hämoptoë diejenigen sind, welche im Sinne des Chlorals wirken, d. h. Blutdruckerniedrigung herbeiführen. Unter diesen wäre Morphin und Codeïn hervorzuheben.



Beim Morphium kommt allerdings noch die Fähigkeit in Betracht, den Hustenreiz herabzusetzen und dadurch den Ruhestand der Lunge herbeizuführen. Eine ähnliche verlässliche Wirkung auf den Hustenreiz hat Verf. beim Chloralhydrat nicht feststellen können.
—*r*.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

830. ***Ueber das Wesen der paroxysmalen Hämoglobinurie.*** *Von Dr.* ***Chvostek****. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien. Sitzung vom 5. Juni 1894.*

Das Symptomenbild der Erkrankung ist folgendes: Bei einem sonst normalen Individuum, das sich der Kälte ausgesetzt hat, kommt es zu Bluthamen. Kurze Zeit nämlich nach Einwirkung der Kälte tritt unter Schüttelfrost eine allmälig zunehmende intensive Blässe der Haut ein. Das Gesicht verfällt, wird wachsgelb, der Puls ist beschleunigt, es besteht Athemnoth. Im Harn findet man Eiweiss. Unter zunehmender Intensität des Schüttelfrostes nimmt der Harn eine dunkelrothe bis schwarze Farbe an. Bei mikroskopischer Untersuchung des Harnsediments findet man Epithelcylinder. Bald jedoch lässt das Kältegefühl nach, der Schüttelfrost hört auf und 3 bis 4 Stunden nach dem Anfalle hat der Kranke nur mehr ein Gefühl von Abgeschlagenheit. Die Ausscheidung des Blutfarbstoffes hält noch einige Zeit an, doch nach 24 Stunden besitzt der Harn seine normale Färbung; eine Zeit lang findet man im Harne noch Eiweiss, dessen Ausscheidung die Hämoglobinurie überdauert. Nur in seltenen Fällen fehlen die Allgemeinerscheinungen und ist das Auftreten der Hämoglobinurie das einzige Symptom. Es sind Fälle bekannt, wo psychische Momente die Veranlassung des Auftretens der Erkrankung waren. Es wurden verschiedene Hypothesen aufgestellt, um eine Erklärung für diesen Zustand zu finden. Die eine gipfelt darin, dass es sich um anatomische Veränderungen in den Nieren handelt, da doch Eiweiss und Epithelcylinder im Harne nachgewiesen wurden. Dieser Ansicht ist nicht beizustimmen, weil in der anfallsfreien Zeit diese pathologischen Befunde im Harne fehlen. — Eine andere Ansicht geht dahin, dass die Kälte die rothen Blutkörperchen in der Niere zerstöre, gibt jedoch keine Aufklärung darüber, wie dies zu Stande kommen könne. Die meisten deutschen Autoren stehen gegenwärtig in dieser Frage auf dem Standpunkte *Lichtheim's*. Letzterer sieht als Ursache des Zerfalles der rothen Blutkörperchen die Einwirkung der Kälte an. Er ist mit *Boas* der Ansicht, dass die Destruction der rothen Blutkörperchen nur local an den der Kälteeinwirkung ausgesetzten Hautstellen stattfindet; von hier aus werden die Zerfallsproducte in den grossen Kreislauf geschwemmt, sie gelangen in die Niere. wo sie eine starke Reizung bewerkstelligen. Andere Autoren stellten die vasomotorische Hypothese auf. Auf dem Wege der Reflexe kommt es durch Einwirkung der Kälte, durch Contraction der Gefässe zu einer Hyperämie in den inneren Organen und so zur Albuminurie. Eine abnorme Erschöpfbarkeit des vasomotorischen Centrums bewirkt Erweiterung der Gefässe, Verlangsamung des



Blutstromes und Abkühlung des Blutes, wodurch die Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen herabgesetzt wird. Redner konnte nun theils durch das Experiment, theils durch Versuche am Menschen constatiren, dass eine verminderte Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen in der Zeit des Anfalles gegenüber der anfallsfreien Zeit nicht besteht. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass bei dem *Ehrlich*'schen Fingerversuch (Abschnürung eines Fingers und darauffolgende Einwirkung von Kälte) die Kälte ganz belanglos war, die Veränderungen im Blute des abgeschnürten Fingers traten ein, ob derselbe der Kältewirkung ausgesetzt wurde oder nicht; die Ursache der Veränderungen im Blute konnte also lediglich nur durch die Stauung bedingt sein. Die Ursache des Anfalles ist bedingt durch eine abnorme Contractionsfähigkeit der peripheren Gefässe, wodurch Hyperämie in den inneren Organen erzeugt wird. Der Beweis hierfür wurde dadurch geliefert, dass die Anfälle durch gefässerweiternde Mittel, vor Allem durch Amylnitrit, günstig beeinflusst wurden. Der Vortr. nimmt an, dass die abnorme Contraction der Gefässe durch eine erhöhte Erregbarkeit der vasomotorischen Centren bedingt sei.

831. ***Verwechslungen zwischen Magen- und Darmkrankheiten.*** *Von Prof. **G. Sée**. (Bull. de l'Acad. Roy. de méd. de Belg. 1894. — Deutsche med. Wochenschr. 1894. 13.)*

Es handelt sich um jene grosse Gruppe von Kranken, fast ausschliesslich Frauen, mit gastrischen Beschwerden, bei denen man einen Tiefstand des Magens findet, der dem Unkundigen als Ectasie imponirt; eine falsche Auffassung der Sachlage, die eine verkehrte Behandlungsmethode zur Folge hat. Untersucht man den Magen dieser Patienten mit den modernen Hilfsmitteln, so vermag man meist keine functionelle Anomalie festzustellen; dagegen ergibt eine gewissenhafte Prüfung des Stuhlgangs, der immer verhalten ist, dass mucinös-membranöse Beimengungen vorhanden sind: Entérite mucino-membraneuse, die Verf. als keinen entzündlichen Process, der mit Fibrinausschwitzung einhergeht, sondern als einen hypersecretorischen Zustand der Schleimhaut auffasst, wie dies auch gemeinhin in Deutschland geschieht. Der Dünndarm ist gesund, die Symptome von Seiten des Dickdarms, der allein erkrankt ist, sind, abgesehen von der Ausscheidung der erwähnten Massen, schmerzhafte Sensationen im Verlaufe des Colon, namentlich auch des Quercolon, abnorme Bildung und Ansammlung von Gasen, bisweilen Erweiterung des Organs. In einer beträchtlichen Zahl von Fällen sind Hämorrhoiden, Hernien, Genitalaffectionen vorhanden. Soweit nun Symptome in die Magengegend verlegt werden, sind sie secundär, zunächst rein nervöser Natur, doch kann in einem gewissen Stadium die Magenfunction Abweichungen von der Norm zeigen. Einmal entsteht nachträglich nicht selten eine Supersecretion, andere Male werden auch, indem zu wenig Salzsäure abgesondert wird, fermentative Processe begünstigt; allein die symptomatische Behandlung dieser secundären Erscheinungen schafft höchstens vorübergehend Erleichterung. Die Wurzel des Uebels ist nach Verf. der Dickdarm, und die wahren Hilfsmittel sind folgende: 1. Man hat durch mechanisch wirkende Stoffe, z. B. Olivenöl, den Darm zu reinigen, Purgantien sind verpönt.



2. Die Beruhigung der Schmerzen erfolgt durch Brompräparate. eventuell Cannabis indica (kein Opium). 3. Zur Beseitigung der Gase und Desinfection des Darms ist in erster Reihe eine Combination von Natriumphosphat (3—4 Grm. pro die) mit Natriumsalicylat (0·4 pro dosi) empfehlenswerth; auch das Natrium biboracicum leistet gute Dienste, während das Benzonaphthol nicht indicirt ist. Fleisch, Milch, Eier, Kartoffeln, Reis sind die wichtigsten Nahrungsmittel, der Genuss von Compots und Früchten gewährt keine besonderen Vortheile, Wasser und Thee sind die geeignetsten Getränke, Roth- und Weisswein sind zu untersagen. concentrirtere alkoholische Gemische sind gelegentlich zu gestatten.

832. ***Anorexia cerebralis und centrale Nutritionsneurosen.*** *Von Prof. O. Soltmann. (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XXXVIII. Heft 1. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 37.)*

Die Arbeit bespricht die Neurosen im Kindesalter, welche besonders die Ernährung beeinflussen; dazu gehören: Parorexie. perverse Geschmacksrichtung, z. B. Verzehren von Kalk, Holz, Talg, Siegellack, Haare, Koth. Hyperorexie: *a)* Bulimie, häufige Nahrungsaufnahme in kleinen Portionen, wodurch jedesmal der Hunger gestillt wird; *b)* Polyphagie, Verzehren enormer Quantitäten, ohne dass das Gefühl der Sättigung eintritt. Praktisch am wichtigsten ist die Anorexie. Von besonderem Interesse ist der grosse therapeutische Erfolg, den Verf. bei einem schweren Fall von Anorexia cerebralis erzielte. Es handelte sich um einen 12jährigen Knaben, der stark neuropathisch belastet, seit 3 Jahren eine stetig zunehmende Nahrungsabstinenz beobachtete und dadurch stark abgemagert und heruntergekommen war. Am 15. November 1893 in das Spital aufgenommen, isst er spontan gar nichts, gezwungen nur zweimal täglich minimale Quantitäten Milch und Semmel; alle weiteren Versuche, ihm mehr beizubringen, misslingen, da er absichtlich nicht kaut und schluckt. Er wird dann mittelst Sonde gefüttert. welche Patient aber später absichtlich verstopft. Von diesem Tage an, 3. December, wird er täglich faradisirt, eine Elektrode auf's Hinterhaupt, die andere auf Schläfe- oder Scheitelbein, Dauer nicht über zwei Minuten. Der Erfolg war überraschend; der Strom wurde gut vertragen und der Knabe fing an reichlich und in steigendem Masse seine Mahlzeiten bis zur normalen Quantität zu sich zu nehmen. Nachdem er am 13. December vorzeitig der Spitalsbehandlung entzogen, stellte sich in der sehr ungünstigen häuslichen Umgebung ein Recidiv ein; von Neuem aber in das Spital gebracht, wurde der Zustand schnell wieder gebessert, so dass in Kürze die vollständige Heilung in Aussicht stand.

833. ***Darmblutungen bei Diabetes mellitus.*** *Von Doctor Loeb, Frankfurt. (Deutsche med. Ztg. 1894. 61. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 1. September.)*

Rosenbach machte schon im Jahre 1890 auf die pathognomische Bedeutung der Darmblutungen bei Diabetes aufmerksam. Verf. berichtet nun über folgenden Fall: 55jähriger Kaufmann, leidet monatelang an Darmblutungen. Die genaueste Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Keine Hämorrhoidalknoten, keine Geschwüre, keine Neubildung. Dagegen fand sich im Urin 4·3% Zucker;



specifisches Gewicht 1027. Diabetesdiät besserte den Zustand. — Diarrhoen sind bei Zuckerkranken sehr häufig, oft eine grosse Plage derselben, weil der Drang zum Stuhl — in Folge abnormer Zersetzungen und Gährungen — oft ein so grosser ist, dass Patient nicht mehr die Zeit findet, den Abort aufzusuchen und sich verunreinigt. Diese Erscheinungen, sowie „unmotivirte“ Darmblutungen sollten in allen Fällen zur Untersuchung des Urins auf Zucker veranlassen.

834. ***Ein Fall von Bothriocephalus latus und Taenia solium bei demselben Kranken.*** *Von Dr. **Ignaz Mader**, Wien. (Wiener med. Blätter. 1894. 7. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 68.)*

Verf. theilt einen Fall von Bothriocephalus latus und Taenia solium bei einem 16 Jahre alten Spänglergehilfen mit. Patient erhielt Extr. filic. maris und Ol. ricini aa. 15·0, und entleerte in einigen Stunden einen mächtigen Bandwurmknäuel, der sich bei der Entwirrung als aus den bezeichneten zwei verschiedenen Arten bestehend erwies. Die Hauptmasse bestand aus einem langen Bothriocephalus latus, der durch zahlreiche Verschlingungen mit einer Taenia solium verknüpft war. Der vorliegende Fall ist in zweifacher Richtung interessant, wegen des seltenen Vorkommens sowohl des Bothriocephalus latus als der Taenia solium in der Gegend von Wien und wegen deren Zusammenlebens im Darme eines Individuums. Nur 4 Fälle von Symbiose von Bandwürmern vermochte Verf. in der Literatur aufzufinden, mitgetheilt von *Valenta*, *Creplin*, *Boechat* und *Hinkle*; auch in diesen Fällen waren es jedesmal Bothriocephalus latus und Taenia solium.

835. ***Der diagnostische Werth der hemiopischen Pupillarreaction.*** *Von Dr. **M. Rothmann**. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 15. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 34.)*

Bei einer 54jährigen Frau, welche durch einen Schlaganfall linksseitige Hemiplegie, linke Hemianopsie und starke Déviation conjuguée der Augen nach rechts acquirirte, wurde typische hemiopische Pupillarreaction constatirt, welche letztere allmälig verschwand, ohne dass sich auch die Hemiplegie völlig zurückbildete. Bei einer einige Monate später erlittenen Apoplexie zeigte sich das eben skizzirte Bild in gleicher Weise, Verschwinden der nachweisbar gewesenen hemiopischen Pupillarreaction ohne gänzliche Zurückbildung der sonstigen Lähmungserscheinungen. Der Einfluss auf den Reflexbogen war also nur auf Fernwirkung des in der Gegend der rechten inneren Kapsel gelegenen Blutergusses zu beziehen. Bezüglich des diagnostischen Werthes der hemiopischen Pupillarreaction stellt Verf. 5 Sätze auf: 1. Findet sich die hemiopische Pupillarreaction bei acut aufgetretener Hemianopsie und ist sie von Dauer, so sitzt der Process an der Basis in der Gegend des Tract. optic. 2. Tritt dieselbe bei einer mit Hemianopsie einhergehenden Apoplexie Anfangs auf, um allmälig zu verschwinden, so ist sie lediglich ein Product der Fernwirkung. Der Process sitzt oberhalb des Abgangs der Reflexfasern, jedoch wahrscheinlich nicht oberhalb der inneren Kapsel. 3. Fehlt die Reaction vollständig bei vorhandener Hemianopsie, so kann man mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen oberhalb des Reflexbogens sitzenden Process schliessen (Rinde oder innere Kapsel). 4. Das Auftreten



angedeuteter hemiopischer Pupillarreaction bei bereits längere Zeit bestehender Hemianopsie spricht für secundäre Degeneration der Tractusfasern in Folge eines höher sitzenden, primären Herdes. 5. Hemiopische Pupillarreaction ohne Hemianopsie beweist einen zwischen Vierhügel und Sphincter iridis gelegenen Herd.

Neuere Arzneimittel.

836. ***Ueber Bromoform in der psychiatrischen Therapie.*** *Von Dr. **M. Ponticaccia,** Venedig. (Rivista veneta die scienze mediche. 1894. 5. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 66.)*

Die Thatsache, dass das Bromoform einen inhibitorischen Einfluss auf die Tussis convulsiva ausübt und dass diese Wirkung lediglich auf der die Nervenerregbarkeit mässigenden Action des Mittels beruhen kann, veranlasste auch den Verf., letzteres bei der Unruhe Geisteskranker zu versuchen. Man beginnt die Behandlung mit 15 Tropfen pro die, die auf stündliche Dosen vertheilt werden; später steigert man jeden 2. Tag die tägliche Gabe um 5 Tropfen, bis man zu 50—50 Tropfen pro die angelangt ist. Die Anwendung des Bromoforms in dieser Weise verursacht keine nachtheiligen Accumulationssymptome und erzeugt im Allgemeinen keine gesundheitswidrigen Erscheinungen, mit Ausnahme einer bisweilen auftretenden, leichten Diarrhoe, die nach einer geringen Dosis von Opium schnell behoben wird. Bezüglich der sedativen Wirkung, so zeigte sich dieselbe prompt und merklich, so dass man nicht länger als 14 aufeinander folgende Tage hindurch gemeinhin das Mittel anzuwenden brauchte. Verf. zählt 8 Fälle auf (8 Männer und 2 Frauen), die er mit Bromoform bei Gegenwart intensiver Delirien mit starken, maniakalischen Paroxysmen behandelt hat, und beschreibt ausführlich den Verlauf während der Behandlung. Von diesen 8 Beobachtungen sei die erste derselben zur Illustration der Wirkung nachstehend mitgetheilt:

Ein 41jähriger Kaufmann, Gewohnheitstrinker, wurde von einem heftigen Anfall des Delirium mit grosser Unruhe ergriffen, der trotz hoher Dosen Chloralhydrats ununterbrochen seit 24 Stunden andauerte. Man verordnete deshalb am Abend 25 Tropfen des Bromoform, und eine halbe Stunde nach deren Einführung befand sich der Kranke in tiefem Schlaf, bei gleichzeitig ergiebiger, rhythmischer Respiration, vollem, voluminösem Pulse, normaler Herzfunction, geringer Diaphorese. Am folgenden Morgen erwacht er ruhig mit freiem Sensorium und erklärt, einen geringen Schmerz und ein Gefühl von Schwere des Kopfes zu empfinden. Mit dem Verlaufe der Tageszeit wurde Patient zunehmend beruhigter, so dass am nächstfolgenden Tag keine Spur von Unruhe mehr zu beobachten und auch nicht bei seinem Austritt aus der Anstalt, 6 Tage später, zu constatiren war. Aus seinen bisherigen Erfahrungen kann, nach Verf., anscheinend folgendermassen geschlossen werden: 1. Durch Anwendung des Bromoform in progressiven Dosen (von 20—50 Tropfen pro die) bei Kranken mit Delirium in Verbindung mit intensiver, maniakalischer Erregung

wird eine sehr merklich sedative Wirkung erzeugt. 2. Das Bromoform wirkt bei den verschiedenen Geisteserkrankungen nicht verschieden intensiv, sondern es beeinflusst lediglich die Symptome von Erregung und Delirium. 3. Dagegen variirt die Wirkung eher nach der Andauer der Erkrankung, als nach der Intensität der letzteren, und zwar insofern, als das Mittel einen sehr günstigen Erfolg bei frisch erkrankten, einen mittleren bei denjenigen Fällen erzielt, bei denen die Affectionssymptome seit mehreren Monaten existiren.

837. ***Ueber Melliturie nach Chloralamid.*** *(Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf, Abtheilung des Herrn Dr. Eisenlohr.) Von Dr.* ***C. Manchot.*** *(Virchow's Archiv. Bd. CXXXI. Heft 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 66.)*

Im Delirantenhause des Neuen Allgemeinen Krankenhauses ist das Chloralamid (richtig Chloralformamid) seit circa 4 Jahren dauernd eingebürgert, da es sich als wirksamstes und dabei ungefährlichstes Hypnoticum bewährt hat. Die Dosen betragen 6—12 Grm., ohne dass bis vor Kurzem eine toxische Wirkung des Mittels zur Beobachtung gelangt wäre. Ein Fall, bei dem die Obduction frische Nephritis und Myocarditis aufdeckte, legte indessen die Vermuthung nahe, dass eine Giftwirkung unter Umständen doch stattfinden könne und führte zur genaueren Erforschung gewisser klinischer Symptome, die eine derartige Wirkung frühzeitig zur Kenntniss bringen können. Sehr exacte, unter allen möglichen Cautelen vorgenommene Untersuchungen des Harns hatten das sehr bemerkenswerthe Ergebniss, dass von circa 214 mit Chloralamid behandelten Patienten 54 (25·2%) Melliturie zeigten. Die Anwesenheit von Glycose wurde durch Gährung, Polarisation und die gebräuchlichen chemischen Proben erwiesen. Etwas complicirt gestaltete sich die Untersuchung dadurch, dass sich in Chloralamidharnen nicht selten linksdrehende Urochloralsäure, und zwar neben wie auch ohne Zucker sich fand. Genaue quantitative Resultate wurden erzielt, indem entweder die Urochloralsäure mit Bleiessig ausgefällt oder der Harn vor und nach der Vergährung polarisirt wurde. Hand in Hand mit der Melliturie geht eine beträchtliche Steigerung des specifischen Gewichtes. In den meisten Fällen hielt sich die Zuckerausscheidung sowohl der Menge wie der Zeit nach in mässigen Grenzen (0·2 bis 2·2%, 1—3 Tage), nur in einem Falle stellte sich eine mehrwöchentliche Melliturie von Grösse der Intensität (4—5·6%) ein. Gleichzeitig war eine Abnahme der Assimilationsfähigkeit zu constatiren, indem durch stärkere Einführung von Kohlenhydrat beträchtliche Steigerung der Melliturie hervorgerufen wurde. Unter strenger Diät erfolgte dann dauernde Heilung. Das Vorkommen von Melliturie nach grösseren Chloralamiddosen ist nach den vorliegenden Untersuchungen nicht zu bezweifeln. Dass früheren Autoren dieser Umstand völlig entgangen zu sein scheint, kann einerseits daran liegen, dass der Zucker nicht in allen Harnportionen sich findet, bisweilen auch rasch verschwindet, andererseits an der zu geringen arzneilichen Dosis. Für letzteres spricht der Umstand, dass Verf. in seinen Thierversuchen mit Chloralinjectionen von 1·75 Grm. Melliturie erzielen konnte, während *Eckhard* nach seinen unter *Mering* angestellten Untersuchungen dies bestreitet. *Eckhard* hat



aber nur mit Dosen von 1—1·25 Grm. gearbeitet und daraufhin die zuckererzeugende Wirkung des Chloralhydrats geleugnet. Dieser Schluss erscheint nach den vorliegenden Untersuchungen nicht statthaft; vielmehr scheint ein qualitativer Unterschied zwischen Chloralhydrat und Chloralamid auch in dieser Beziehung nicht zu bestehen.

838. ***Ueber Tannigen.*** *Von Dr. H. Meyer und F. Müller. (Deutsche med. Wochenschr. 1894.)*

Das Tannigen, ein von *H. Meyer* dargestelltes acetylirtes Tannin, wird zur Behandlung chronischer Diarrhoen empfohlen. Gegenüber dem gewöhnlichen Tannin hat es den Vortheil, dass es erst durch den alkalischen Darmsaft zerlegt wird und daher den Magen passirt, ohne hier adstringirend zu wirken. Das Tannigen stellt ein gelblichgraues, geruch- und geschmackloses Pulver dar, unlöslich in kaltem, wenig löslich in heissem Wasser, leicht löslich in alkalischen Flüssigkeiten. Erhitzt man es mit kohlensaurem, borsaurem oder phosphorsaurem Natron oder lässt man es mit diesen Flüssigkeiten mehrere Tage in Berührung, so zersetzt sich das Tannigen in Gallussäure und Essigsäure. *F. Müller* fand das Tannigen besonders wirksam bei chronischen Diarrhoen, namentlich tuberculöser Natur. In Gaben von 0·2—0·5 wurde der gewünschte Effect erreicht, doch kann das Mittel auch zu 3—4 Grm. täglich und längere Zeit hindurch ohne Schaden gegeben werden. Bei acuten Catarrhen der Kinder und Erwachsenen war das Mittel unwirksam. Bei chronischem Rachencatarrh waren Pinselungen der entzündeten Schleimhaut mit einer Lösung von 5% phosphorsaurem Natron und 3% Tannigen von guter Wirkung.

839. ***Ueber den Gebrauch und die Wirkung des Formalin, Formanilid und Migränin bei Anomalien der weiblichen Sexualorgane.*** *Von F. v. Winckel. (Aus Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin, herausgegeben von der deutschen Gesellschaft für Gynäk. Wien, Verlag Hölder, 1894. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 66.)*

Verf. hat das Formalin in 155 Fällen bei einfachen und gonorrhoischen Cervix- und Vaginalcatarrhen angewandt. Er verschrieb eine 10%ige Formaldehydlösung, von der er einen Esslöffel voll (= 15 Grm.) auf 1 Liter Wasser thun liess, um damit Ausspülungen zu machen. Auch bei dieser Verdünnung empfanden einzelne Kranke ein leichtes Brennen. Die Aetzung der Cervix und der Gebärmutter hat er mit der 10%igen Lösung vorgenommen, ohne unangenehme Empfindungen hervorgerufen zu haben. Gleichzeitiges Aetzen und Ausspülen widerräth er im Allgemeinen. Mit dem Erfolg dieser Behandlung war er sehr zufrieden. Die Schwellung, Hypersecretion und Empfindlichkeit liessen in kurzer Zeit nach; die Kranken versicherten, noch keine so schnell wirkende Ausspülung gehabt zu haben. Auch bei malignen Neubildungen soll das Mittel secretionsvermindernd wirken. Als weitere Vorzüge rühmt er seine Billigkeit und seine Ungiftigkeit. Das Formanilid, das nächst niedrigere Homolog des Antifebrin, ist von verschiedenen Klinikern als gutes Analgeticum gerühmt worden. Verf. wandte es in 6 Fällen an. In mehreren Fällen bestanden Schmerzen



zur Zeit der Menses in Folge kleiner Uterusmyome; in anderen Fällen dysmenorrhoische Schmerzen bei Virgines ohne palpable Ursache, in einem Falle heftige Migräne ebenfalls zur Zeit der Periode. Der Heilerfolg war ausnahmslos gering oder völlig fehlend, dagegen traten in 2 Fällen Vergiftungserscheinungen auf. Dieselben waren einmal nur gering und bestanden in Cyanose der Lippen und Nägel, in einem anderen Falle jedoch in schwerer Ohnmacht, der sich ein wochenlang dauernder Icterus anschloss. Die Dosirung war 0·25 Grm. pro dosi und 0·5 pro die. Vor Allem fiel die ungleichmässige Wirkung des Mittels unangenehm auf. Verf. versuchte dann das Formanilid noch bei 30 Kreissenden, um die Wehenschmerzen herabzusetzen. Erbrechen und Cyanose wurde wiederholentlich darnach beobachtet, eine Erleichterung der Gebärenden aber nie erreicht. Als drittes Mittel versuchte Verf. dann noch das Migränin, eine Verbindung von Coffeïn (0·09) mit 1·0 Antipyrin. Die Angabe des Erfinders dieses Mittels *(Overlach)*, dass es ihn nie im Stiche gelassen, kann Verf. nicht bestätigen. Es handelte sich meist um schwere Fälle von Migräne in Folge von Retrodeviationen und Uterusmyomen. Einige Kranke erklärten, dass es weniger gut wirke wie Salipyrin; andere bekamen Erbrechen darnach; in mehreren Fällen jedoch war der Erfolg ein recht guter, so dass Verf. es für die Zukunft weiter zu verwenden gedenkt.

840. ***Ueber die Indication und Contraindication der Anwendung des Pyoctanin bei Haut-Ulcerationen.*** *Von **Bayot.** (Journ. de méd. de Paris. 1894. 47.)*

Im Gegensatz zu *Stilling* räth Verf. bei Behandlung von Wunden und ausgedehnten Geschwüren, die ganze Wundfläche mit Pyoctaninpulver zu pudern, so dass man einen Schorf erhält, oder man kann mittelst eines Pyoctanin-Bleistiftes die nässende Oberfläche der Wunden mehrfach bestreichen. Im Allgemeinen empfiehlt Verf. die Anwendung concentrirter Lösungen, besonders, wenn die Wunde stark eitert. Die Pyoctaninlösungen haben jedoch den grossen Fehler, dass sie sich sehr bald zersetzen, daher müssen sie alle 10—14 Tage erneuert werden. Die ersten Versuche, welche Verf. mit diesem Mittel gemacht, betrafen Ulcerationen bei Lupus. Bekanntlich haben diese Ulcerationen die Neigung, schnell zu granuliren. Nach Verlauf von 2 Pinselungen werden die Granulationen geringer und das Geschwür, welches zuerst fungös war, besitzt nach einigen Wochen eine vollkommen glatte Oberfläche. In einem Falle von syphilitischem Geschwür, welches sich unter der Wirkung des Pyoctanin schnell schloss, war vorher die endgiltige Heilung der Wunde nicht zu erzielen gewesen. In einem anderen Falle, in welchem das Pyoctanin ausgezeichnete Dienste geleistet hatte, handelte es sich um Ecthyma infantum. Bei varicösen Geschwüren sind die Resultate wechselnd, je nach dem früheren oder späteren Beginn der Behandlung. Im Allgemeinen geht die Heilung selbst torpider Geschwüre schnell von statten. Das Pyoctanin ist zu verwenden bei fungösen Granulationen: hier ist seine Wirkung von keinem anderen Medicament übertroffen worden; mag es sich um ein Lupusgeschwür, um eine syphilitische Wunde oder um eine Verbrennungswunde handeln, so ist das Resultat immer dasselbe;



die Granulationen verschwinden mit auffallender Schnelligkeit. Diese Wirkung ist auch um so bemerkenswerther, als bekannt ist, wie schwierig es oft ist, die wuchernden Granulationen zu beseitigen. Contraindicirt ist das Medicament bei frischen Wunden ebensowohl wie bei denjenigen, bei welchen die Granulationen normalen Umfang und normales Aussehen darbieten. Ebensowenig ist es bei Geschwüren mit harter Umrandung zu verwenden. Auch bei varicösen Geschwüren werden in der Regel keine besonderen Erfolge von dem Medicamente gesehen. Eine, wenn auch nicht regelmässig beobachtete Eigenschaft des Pyoctanin hat Verf. in 2 Fällen wahrgenommen: die schmerzstillende Wirkung. In zwei Fällen von varicösen Ulcerationen, bei welchen sich lancinirende Schmerzen im Bereich der Malleolen eingestellt hatten, wurde unmittelbar nach der Application des Pyoctanin ein Nachlass der subjectiven Symptome beobachtet. Die Erklärung dieser Wirkung ist nicht leicht, sie ist wohl ein Analogon zu der bei Methylenblau-Applicationen beobachteten Analgesie.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

841. ***Ueber die Behandlung der Hämorrhois mittelst Carbol-Glycerininjectionen.*** *Von Dr. Gabriel Papp, Klausenburg. (Sebészet. 1894. 28. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 35.)*

Verf. versuchte die Anwendung des Carbol-Glycerin, welches von *Lange* (Berliner Congress 1888), in den Lehrbüchern von *König* und *Tillmanns*, neuestens von *Schächter* (Budapest) warm empfohlen wurde. Nach diesen Autoren bereitet die Injection gar keine Unannehmlichkeiten, die Schwierigkeiten hören sofort auf, die Knoten verschwinden allmälig vollständig. In den zur Sprache kommenden Fällen hatte man theilweise mit acut-entzündlichen, theilweise mit veralteten Knoten zu thun. Nach Beschränkung der Diät, Ausleerung des Darminhaltes und Desinfection der Rectalgegend wurden in die einzelnen Knoten, je nach Grösse, 2 bis 5 Tropfen Carbol-Glycerin ana injicirt. Die Nadel der *Pravaz*'schen Spritze wurde gut abgetrocknet und in die Mitte des Knotens gestochen und nach Injectionen der Flüssigkeit einige Minuten darin belassen. Die Patienten verbrachten die folgenden Tage in T.-Verband und nahmen flüssige Nahrung zu sich. Das Einstechen der Nadel verursachte nur geringen Schmerz, während des Eindringens der Flüssigkeit klagte der Patient über grosse Schmerzen. Nachdem hörten die Schmerzen auf. Drücken, Wirkung der Bauchpresse und der Sphincteren, Gehen verursachten kein Unbehagen. In manchen Fällen war die Injection schmerzlos. Der Knoten selbst, aus dem geringe Blutmenge floss, vergrösserte sich alsbald und gewann eine harte, ungleichmässige Oberfläche. An den folgenden Tagen keine Veränderung; in der zweiten Woche jedoch fing der Knoten an weich zu werden und nach einigen Wochen, eine kleine Falte zurücklassend, verschwand er ganz. In allen beobachteten Fällen dasselbe Resultat, schon nach einer Injection. Es gab aber auch weniger glatte Fälle. In einem solchen hat die Injection wohl



die hochgradige habituellle Blutung gestillt, an der Stelle des Einstechens jedoch entstand, wahrscheinlich durch die Carbolsäure, oberflächliche Gangrän und Blutung, welche erst mit Fortschreiten der Granulation aufhörten. In einem zweiten Falle bildete sich eine paar Wochen bestandene Mastdarmfistel, welche aber mit dem Knoten keinen Zusammenhang hatte. Der Betreffende leidet übrigens an tuberculöser Mastdarmverengerung. In einem dritten Falle gangränescirte ein nicht injicirter, dem grösseren Knoten anhängender kleinerer Knoten. Die histologische Untersuchung ergab Coagulationsnecrose im Innern desselben. Die Carbolsäure stillt also die Blutung durch Coagulation, verhärtet den Knoten und erzeugt Unempfindlichkeit durch die theilweise Behinderung der Lebensfunctionen sämmtlicher Gewebe. Den bei der Injection auftretenden Schmerz fand man zumeist bei acut-entzündlichen Knoten, aber auch bei weichen. Die Carbol-Glycerininjectionen sind demnach bei veralteten, aber auch bei acut-entzündlichen Knoten, wenn sie nicht übergross und keine Complicationen vorhanden sind, ohne unangenehme Folgen anwendbar.

842. ***In welchem Verhältnisse findet bei der O'Dwyer-schen Intubation die Hinabstossung der Pseudomembranen und die Verstopfung des Tubus statt und welche Bedeutung haben diese Complicationen?*** *Von Prof. **J. Bókai.** (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XXXVIII. Heft 1. — Münchener med. Wochenschrift. 1894. 37.)*

Es frägt sich, ob diese Complicationen so häufig und so gefährlich sind, dass deshalb die Tracheotomie vorzuziehen sei. Aus nachstehenden Gründen ist das zu verneinen. Unter 498 Intubationen verschiedener Autoren wurde wegen Hinabstossens von Pseudomembranen nur 18mal die Tracheotomie nöthig; *O'Dwyer* und *Dillon Brown* hatten unter ihren mehr als 600 Intubationsfällen (bis 1891), Verf. unter mehr als 500 Intubationen keinen einzigen Todesfall in Folge Hinabstossung von Membranen zu verzeichnen. Diese kommt bei geschickt und richtig ausgeführter Intubation überhaupt sehr selten vor, und wenn sie erfolgt, genügt fast immer die sofortige Extubation, indem mit dem Tubus oder unmittelbar nachher die abgestossene Membran unter heftigem Husten entfernt wird. Das Gleiche gilt von der Verstopfung des Tubus durch Membranen, welche nach Verf.'s Erfahrung nie Todesursache wurde. Zunächst kommt sie nicht häufig vor, denn es werden auch umfangreiche Membranen durch die liegende Tube expectorirt. Wird sie aber obturirt, so wird sie meist sammt der darin steckenden Membran ausgehustet; geschieht dieses nicht, so ist die Tube sofort zu entfernen. Dafür ist continuirliche Aufsicht eines Pflegers und Belassung des Fadens an der Tube nothwendig; mittelst dieses kann eventuell auch ein Laie die sofortige Extubation vornehmen.

843. ***Ueber die Bedeutung der kalten Einwicklungen bei Scharlach für die Prognose.*** *Von **W. J. Newieschin.** (Vortrag in der Gesellsch. d. Kinderärzte in Moskau 1894. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 69.)*

Nach *Henoch* gibt es zwei Arten von schwerem Scharlach: bei der einen hängen die schweren nervösen Störungen nur von



der hohen Temperatur ab, bei der anderen, der wirklich bösartigen, werden sie durch die toxische Wirkung auf die Centren bedingt. Es ist also möglich, bei der ersten Form durch antiphlogistische Massregeln günstig einzuwirken, während diese bei der zweiten Form von gar keinem Nutzen sein können. Von dieser Anschauung ausgehend, machte Verf. Versuche in der Klinik des Prof. *Filatow*. Ausgewählt wurden die schwersten Fälle: Temperatur über 39°, comatöser Zustand, allgemeine Unruhe, schlechter Puls, Dyspnoe, kühle Extremitäten. Man wendete kalte Einwicklungen an, 1—3mal in 24 Stunden, bis entweder die Temperatur fiel oder der Tod eintrat. Ein Betttuch wurde in Wasser von 20—25° R. getaucht, etwas ausgerungen, dann über ein Bett gelegt, welches durch eine Wachstuchunterlage geschützt war, und das Kind hineingelegt, eingewickelt und sorgfältig 5—8 Minuten lang gerieben, wobei es von der einen auf die andere Seite gewälzt wurde; zum Schluss wurde Patient warm zugedeckt und etwa ½ Stunde lang im Betttuch belassen, wonach das Betttuch abgenommen, Patient warm frottirt und nunmehr ganz in Ruhe belassen wurde. Nach 15—20 Minuten wurde die Temperatur im Mastdarm gemessen und mit der vor den Einwicklungen vorhanden gewesenen verglichen. Untersucht wurden 21 Fälle, von denen 9 genasen, 12 dagegen starben. Es ergab sich, dass, wo die Temperatur nach den Einwicklungen um mehr als 0·5° gesunken war, dort stets Heilung, wenigstens Besserung eintrat, und dass somit dieses Sinken der Temperatur als ein günstiges prognostisches Merkmal angesehen werden kann. — Verf. sah, dass in allen den Fällen, wo die Temperatur gleich nach den Einwicklungen deutlich abnahm und wo sich die allgemeinen Erscheinungen milderten, keine Complicationen leichterer oder schwererer Art hinzutraten. In keinem der Fälle sah Verf. einen ungünstigen Erfolg dieser Cur. Es wäre zu wünschen, dass sie an einem grösseren Material erprobt würde.

844. ***Ueber Carcinom und dessen Behandlung.*** *Von Dr. Marcus Fáy, Wien. (Deutsche Med.-Ztg. 1894, 67.)*

Verf. empfiehlt zur innerlichen Behandlung des Carcinoms das schwefelsaure Salz des Anilins, also Anilinum sulfuricum. Er hat erfahren, dass dieses Mittel in allen Fällen den Eintritt von Metastasen und von Cachexie zu verhindern im Stande ist, dass somit durch dasselbe allenfalls das Leben des Kranken verlängert wird. Während die locale Affection, wenn der Herd der Erkrankung sehr gross ist, lange Zeit bestehen bleibt und nur sehr langsam abstirbt, so ist, je grösser der primär erkrankte Herd ist und je länger er andauert, die Nothwendigkeit der Behandlung vorhanden und ein Recidiv bei längerem Aussetzen der Behandlung um so mehr zu befürchten. Verf. schlägt vor, den Herd der Erkrankung, wenn derselbe zugänglich ist, operativ zu entfernen und behufs Hintanhaltung von Recidiven und Metastasen die Behandlung mit Anilinum sulfuricum einzuleiten; erst dann könnten bleibende Heilerfolge erzielt werden. Das Anilinum sulfuricum ist beim Carcinom ein hervorragendes Analgeticum, es beeinflusst direct die Nervenendigungen, daher es auch bei äusserlicher localer Anwendung viel rascher wirkt, als bei innerlicher Darreichung; bei letzterer Darreichungsweise tritt die Wirkung viel später ein. In



einem Fall von exulcerirendem Carcinom der linken Gesichtshälfte hörten nach Bestreuung des Ulcus mit Anilinum sulfuricum nach kaum einer Minute die fürchterlichsten Schmerzen auf. Ungefähr 2 Stunden nach Application des Pulvers fühlte die Kranke etwas Schwindel, aber die Schmerzlosigkeit hielt 24 Stunden lang an. Oft traten auch Erscheinungen von Dyspnoe auf. Die Anwendung des Mittels erheischt grosse Vorsicht; man muss gleichsam sondirend vorgehen und die Impressionabilität jedes einzelnen Individuums kennen lernen. Verf. hat bis jetzt 20 Fälle von Carcinom mit Anilinum sulfuricum behandelt. Die innerliche Anwendung des Anilinum sulfuricum ist von der Tinctionsmethode mit Pyoctanin verschieden. Unschätzbar ist auch die desodorisirende Wirkung des Mittels beim Carcinom. Als Tagesdosis kann man mit 10 Grm. beginnen und allmälig — je nachdem es der Kranke verträgt — mit der Dosis steigen, bis auf 80 Grm. pro die; in einzelnen Fällen stieg Verf. sogar höher, ohne besondere Belästigungen der Kranken wahrzunehmen. Auch verschiedene combinative Anwendungen des Anilinum sulfuricum hatte Verf. versucht. So z. B. hatte er einmal dasselbe mit Kochsalz gemischt angewendet und davon eine eminent destruirende Wirkung davon auf die Carcinomgeschwulst gesehen. Diese Combination könnte dort, wo die Gruppe der Geschwulst lebensgefährlich zu werden droht, indem es wichtige Passagen verlegt, etwa im Larynx und Mastdarm, von grosser Bedeutung sein.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

845. ***Schwangerschaft bei angeborenem, fast vollständigem Scheidenverschlusse.*** *Von* ***C. Heyder.*** *(Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI, Heft 3, pag. 502.)*

Verf. theilt einen jener seltenen Fälle mit, in denen die Vagina ein queres Septum trägt. Derselbe betraf eine 22jährige im siebenten Monate der Schwangerschaft befindliche Primigravida, bei der die Vagina etwa 3 Cm. oberhalb der Hymenalreste ein queres häutiges Septum trug, welches an seinem vorderen Rande, nahe der Symphyse, eine feine, etwa 2 Mm. weite Oeffnung zeigte. Das excidirte Septum, 1—2 Mm. dick, bestand aus einem Grundstocke von lockerem Bindegewebe, das nach beiden Seiten hin an einen normalen Papillarkörper mit geschichtetem Pflasterepithel stiess. Das Gebilde war daher ein angeborenes und kein narbiges. Verf. meint, die Entstehung solcher querer Septen sei die gleiche, wie jene des Hymens. Nach *Dohrn* fällt die Bildung des Hymen in die 19. Woche des Embryonallebens. Es bilden sich in der Vagina, knapp oberhalb der Stelle, wo die Scheide mit dem Sinus urogenitalis zusammenstosst, stärkere wuchernde Papillen als Vorsprünge, und zwar zuerst an der rückwärtigen Vaginalwand, ein wenig später ebenso auch an der vorderen, und zwar entspricht der breitere hintere Saum dem bedeutenderen Längswachsthume der rückwärtigen Vaginalwand. Dadurch, dass sich rechts und links eine Gewebsfalte erhebt, treten die beiden Vorsprünge in Zusammenhang. Sie verwachsen mit einander und der Hymen ist gebildet. Die eigentliche Ursache der Hymenbildung, die *Dohrn* nicht



berührt, sieht Verf. als eine einfach mechanische an. Bei dem Wachsthume nach unten stösst, wie man annehmen kann, die Vagina endlich auf ein Hinderniss, die obere Begrenzung des Sinus urogenitalis. Hier biegt sich die Vaginalmucosa nach dem Locus minoris resistentiae (auch der Scheidenlichtung) um; zuerst die hintere Vaginalwand (entsprechend dem rascheren Wachsthume), dann die vordere. Das Entstehen der seitlichen Querfalten, welche den vorderen mit dem hinteren Saume verbinden, lässt sich gleichfalls einfach von einem Umbiegen des Randes ableiten. Auch der anatomische Befund des Hymen, wonach die vordere Fläche des letzteren glatt ist, wie die Auskleidung des Vestibulum, lässt sich leicht aus dem angenommenen Vorgange erklären. Indem die gegen das Vestibulum hin weiter wachsende Vagina an dem von vorn her sich einstülpenden Ende des Sinus urogenitalis einen Widerstand findet, erhebt sie sich gerade hier zu einer Falte, deren rückwärtige Fläche die Charaktere der Vaginalmucosa aufweist, während die vordere die Charaktere des Sinus urogenitalis zeigt. Nach Bildung des Hymen erweitert sich der untere Theil der Vagina, während weiter oben die Wände der Scheide wieder näher an einander liegen. Die Entstehung eines zweiten höher oben gelegenen hymeniformen Septum könnte man sich derart erklären, dass in dem erweiterten Raume der Vagina eine Eindickung von ungewöhnlich reichlichem Secrete (Schleim und desquamirte Epithelien) stattfand und sich durch feste Anlagerung desselben an die Vaginalwände und Hinaufreichen desselben bis in eine der Querfalten ein Widerlager bildete, wodurch Veranlassung zu dem gleichen Vorgange gegeben wurde, der auf die Entstehung des Hymen bildend einwirkte. Bekräftigen will Verf. seine Annahme dadurch, dass dieses Septum vollkommen einem Hymen glich. Sind Hymen und Septum gleichartige Bildungen, so lässt sich umgekehrt schliessen, dass der Hymen vaginalen Ursprunges ist, wie dies *Dohrn* darthut, wenn auch diese Lehre noch nicht allgemein verbreitet ist.

Kleinwächter.

846. ***Ein Fall von vorzeitiger particller Lösung der Placenta ante partum.*** *Von H. L. E. Johnson, Washington. (Amer. Journ. of Obstetr. November-Heft 1890, pag. 1215.)*

Verf. sah einen der sehr seltenen Fälle von Lösung der Placenta ante partum. Eine 33jährige IV-Gravida, die sich am normalen Schwangerschaftsende befand, fühlte, ohne sich vordem etwa schwer körperlich angestrengt zu haben, als sie auf dem Sopha liegend sich umwandte, plötzlich einen heftigen Schmerz links oben in der Gebärmutter. Gleichzeitig stellte sich eine sehr heftige Hämorrhagie ein. Verf., der sofort gerufen wurde, fand die Frau nahezu pulslos, collabirt, den Muttermund auf Thalergrösse eröffnet, die dicken, abnorm festen Eihäute erhalten. Der Uterus, ohne Wehen, fühlte sich schlaff an und zeigte links vorn unterhalb des Fundus eine auffallende schlaffe, teigige Vorwölbung. Da Verf. keine Instrumente und Geräthe bei sich hatte, so begnügte er sich damit, mit einem Leinwandstreifen, eingefettet mit Carbolvaseline, den Uterus auszutamponiren, soweit es anging, indem er den Streifen zwischen den Eihäuten und Uteruswand hineinschob. Hierauf tamponirte er die Vagina aus, legte eine Compresse auf



den Uterus und applicirte eine Bandage, die den Uterus von oben und unten comprimirte und fixirte. Die Blutung stand darauf. Die Frau wurde mit Analepticis gekräftigt und erholte sich etwas. Nicht lange darauf, etwa eine Stunde später, stellten sich Wehen ein und drängten den Vaginaltampon herab. Verf. löste die Bandage und entfernte den Vaginaltampon. Der Kopf trat, da die Wehen sehr intensiv wurden, rasch herab. In demselben Masse, als der Kopf herabtrat, zog Verf. allmälig den Leinwandstreifen aus dem Uterus hervor. Drei Stunden nach Eintritt der Blutung war die Geburt beendet. Das scheintodt geborene Kind wurde unter Mühen zu sich gebracht. An der abgegangenen Placenta liess sich deutlich die Stelle erkennen, die sich vor Geburtsbeginn von der Haftstelle abgelöst hatte. Dieselbe umfasste gut ein Viertel der Placentafläche. Die Mutter genas. Der Fall ist ein umso interessanterer und bezüglich der Diagnose sehr wichtiger, da die Stelle, an der sich die Placenta von ihrer Haftstelle abgelöst hatte, äusserlich dem Blick erkennbar war. An dieser Stelle erschien, wie oben erwähnt, der Uterus umschrieben vorgewölbt und teigig weich. Statt der von Verf. vorgenommenen Manipulation wäre es jedenfalls angezeigter gewesen, die Eihäute zu sprengen und die Geburt in Gang zu setzen. Der Uterus hätte sich durch den Abfluss der Wässer momentan verkleinert und wäre dadurch die Blutung ebenfalls sofort zum Stillstande gekommen. *Kleinwächter.*

847. ***Ueber Spiraldrahtverbände.*** *Von Oberarzt Dr. **L. Heusner,** Barmen. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 10. — Therap. Monatsh. 1894, pag. 418.)*

Zur Herstellung von Verbänden, mit denen Zug- und Druckwirkungen erzielt werden sollen, hat Verf. mit grossem Vortheil Spiralfedern aus englischem Stahldraht benützt. Verschiedene derartige Schienen wurden auf der vorigen Naturforscher-Versammlung und auf dem diesjährigen Chirurgencongress demonstrirt; ein Correctionsapparat für den Arm, bei dem die Anwendung einer Spiralfeder ganz besondere Vorzüge gewährt, möge hier genauer beschrieben werden. Es handelt sich um ein junges Mädchen, bei dem der Arm in Folge einer bei der Geburt erlittenen Abreissung der oberen Epiphyse eine sehr starke Beschränkung der Auswärtsrotation zurückbehalten hat und stets in stark einwärts gedrehter Haltung verharrt. Um diese Einwärtsrotation zu bekämpfen, ohne die freien Bewegungen des Armes zu hindern, construirte Verf. folgenden Apparat. Die Patientin trägt eine den Vorderarm und die Hand bis zu den Fingern überkleidende Lederkapsel mit einem Ausschnitt für den Daumen und einem dünnen Metallröhrchen zur Aufnahme eines Drahtendes in der Handfläche. Ihr Corset wurde verstärkt mit stählernen Hüftenbügeln und daraufruhender Achselstütze; auf der kranken Seite ist die Krücke der Achselstütze hinten bis an die Nähe der Schultergrube nach aufwärts geführt und trägt hier eine Vorrichtung zur Befestigung einer Drahtöse in Form eines kleinen Stiftes. Von dieser Anheftungsstelle aus steigt ein streichholzdicker Stahldraht über die Schulter nach vorn zur Achselhöhle, läuft dann in 20 bis 30, den Arm in mässiger Entfernung umkreisenden Windungen zur Hand hinab, wo sein Ende durch Einschieben in das beschriebene



Metallröhrchen an der Lederkapsel befestigt wird. Beim Anlegen des Apparates wird zunächst ein Tricotschlauch über den Arm gezogen, sodann die Drahtspirale über den Schlauch gestreift, weiterhin der Lederhandschuh angelegt und endlich das untere Ende der Spirale durch Einschieben in das Metallröhrchen an der Vola befestigt, was Alles von der Patientin selbst ausgeführt werden kann. Nunmehr wird von einer Hilfsperson die Spirale in entsprechender Weise angespannt, indem ihr vorderes Ende in der Richtung der Supination zweimal um den Oberarm herumgeführt und schliesslich an dem Stift der verlängerten Achselbrücke befestigt wird. Hierdurch wird der Vorderarm stark nach auswärts rotirt, ohne dass dadurch die Bewegungen der Schulter, des Ellbogens und der Finger wesentlich verringert werden.

848. ***Die Behandlung der Wehenschwäche durch Zucker.*** *Von Dr. Mosso. (Semaine méd. 1894. 41. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 69.)*

Nach Verf. soll die interne Anwendung des Zuckers eine excitirende Wirkung auf die Contraction der glatten Musculatur bewirken und in Folge dessen auch einen reizenden Einfluss auf die Contractionsfähigkeit der Uterusmusculatur ausüben. Auf Grund dieser Hypothese hat er die Idee gehabt, Zucker in Fällen von Wehenschwäche während der Entbindung als die Contractionen beförderndes Mittel anzuwenden. Er hat gefunden, dass diese Substanz, soweit es sich aus der allerdings noch kleinen Zahl seiner Beobachtungen ergibt, thatsächlich eine lebhafte excitirende Wirkung auf die Uteruscontraction ausübt, ohne dass hierbei die unangenehmen Zufälle beobachtet werden, welche durch Secale cornutum und ähnliche Präparate erzeugt werden. Unter 11 Fällen von Wehenschwäche im Verlauf der Entbindung genügten 30 Grm. Zucker aufgelöst in 250 Grm., in 10 Fällen, um lebhafte Uteruscontractionen herbeizuführen. Diese Wirkung wurde zuerst 25 bis 45 Minuten nach der Verabreichung des Medicamentes beobachtet und hielt lange genug an, um zur Austreibung des Kindes zu führen. In anderen Fällen musste man noch eine zweite Gabe von 30 Grm. Zucker eine Stunde nach der ersten Medication geben, um die Entbindung zu Ende zu führen. Die Contractionen, welche durch Verabreichung des Zuckers herbeigeführt werden, wirken regelmässig und kräftig, ohne jemals den Charakter einer krampfartigen Contraction anzunehmen. Bestätigen sich diese Beobachtungen. so würde in dem Zucker dem Geburtshelfer ein sehr wirksames Mittel erwahcsen, das besonders in der Landpraxis von nicht zu unterschätzendem Werthe wäre.

849. ***Ueber die Indication und Operationsmethoden der Gastrostomie.*** *Von Andrea Coccherelli, Parma. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 17. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 33.)*

Verf. hält die permanente Gastrostomie nur bei Stenosen des Oesophagus innerhalb des Torax in Folge Neoplasmen für anwendbar, während in Fällen von narbiger Strictur die Dilatation am Platz ist. Er hat in 16 Fällen von Carcinoma oesophagi oder Carcinoma cardiae die Gastrostomie ausgeführt und 13mal Erfolg gehabt; in drei Fällen trat der Tod direct anschliessend an die Operation in Folge von Collaps, Marasmus und Krebscachexie nach

kurzer Zeit ein — ein Zeichen, dass der Eingriff viel zu spät unternommen war. Die übrigen 13 Fälle betrafen Patienten, die noch einige Monate, sogar zwei Jahre nach der Operation am Leben geblieben waren. Die Erfolge sind um so besser, je frühzeitiger der chirurgische Eingriff stattfindet, wenn die Diagnose Carcinom gestellt worden ist. Es ist weniger Gefahr vorhanden, wenn die Operation zu zwei Zeiten, statt in einer, vorgenommen wird. Namentlich die Gefahr einer Peritonitis wird eingeschränkt, wenn man in zwei Tempi operirt. Bei der Besprechung der Operationsmethoden zieht Verf. das *Hahn*'sche Verfahren vor, das er in gewisser Weise modificirt hat. Er unterlässt die Laparotomie und macht nur einen ausgedehnten intercostalen Schnitt in der vorderen Axillarlinie, und zwar derart, dass der Schnitt genau entsprechend dem VII. Intercostalraum zu liegen kommt. Die Haut lässt sich leicht ablösen, so dass sie leicht nach unten gebracht werden kann. Den Intercostalmuskel und das Bauchfell durchschneidet Verf. sodann im VIII. Intercostalraum. Ist der Magen gefasst, so isolirt Verf. hinten die VIII. Rippe, so dass er die Magenfalte unter ihr hervorziehen und an die Gewebe befestigen kann. Nachdem nun die Haut losgelassen, zieht sie sich auf ihren normalen Platz zurück, worauf dann daselbst der Magen mit ihr durch eine doppelte Reihe von Suturen vereinigt wird. Verf. schafft durch diese Methode eine Klappe in der Magenwand, die das Austreten von Mageninhalt aus der Fistel verhindert. Die Eröffnung des eingenähten Magens geschieht nach 5—6 Tagen. Die durch die Fistel applicirte Nahrung wird stets mit 2 bis 3 Tropfen Salzsäure versetzt und gleichzeitig dem Patienten ein wenig Nahrung in den Mund zum Kauen gegeben.

Laryngologie, Otiatrik und Ophthalmologie.

850. ***Praktische Winke für die Behandlung der Diphtheritis mit Calomelräucherungen.*** *Von Dr.* ***Brown.*** (*Med. News. 1894. 12. Mai. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 31.*)

Die von *Corbin* in Brooklyn eingeführten und von verschiedenen Autoren empfohlenen Inhalationen von Calomeldämpfen bei Diphtherie wurden auch vom Verf. angewandt, und zwar mit gutem Erfolg: die Gesammtheilungsziffer seiner (733) Fälle betrug 39·5%, jene für die ohne Calomeldämpfe behandelten 35·4%, und für die auf diese Weise behandelten 47·6%; eine grosse Sammelstatistik von *Mc Naughton* ergab 48·7% Heilungen bei Anwendung der Calomelmethode allein. Das Calomel wird am besten über einer in einem Topf stehenden Spirituslampe zum Verdampfen gebracht: über den kindlichen Kopf und die Lampe wird mit Hilfe von Betttüchern, Schirmen oder dergleichen eine Art Zelt gebaut, das die ersten Male nicht zu dicht schliessen darf, um das Kind nicht zu erschrecken. Die Menge des zu verrauchenden Calomels wechselt nach der Schwere der Erkrankung und dem Effect des Mittels; anfangs gewöhnlich 1·0 alle 1—3 Stunden, aber auch mehr und häufiger; die grössten im Verlauf der Krankheit zur Anwendung



gekommenen Mengen betrugen 120 und 300 Grm. Selbst in solchen Mengen waren nennenswerthe nachtheilige Folgen nicht zu bemerken; die Kinder vertragen die Dämpfe viel besser als Erwachsene; manchmal treten Diarrhoen, sehr vereinzelt Stomatitis, ganz selten Salivation und Conjunctivitis auf; dagegen ziemlich regelmässig eine gewisse Prostration und Anämie und dem entsprechend manchmal eine Verzögerung der Reconvalescenz. Diesen Nachtheilen ist entgegenzuwirken dadurch, dass nach jeder Inhalation die Mundschleimhaut gut gereinigt, ferner dass Eisen und Alkoholica gereicht werden. Grosses Gewicht ist auf absolute Reinheit des Calomels zu legen.

851. ***Durchleuchtung der Cellulae mastoideae als ein Mittel, eine Mastoiditis interna suppurativa zu diagnosticiren.*** *Von **George W. Caldwell**, M. D. (The New York Med. Journ. Bd. LVIII. 3. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 66.)*

Die Methode beruht auf der Eigenschaft gesunder Mastoidzellen, durchscheinend zu sein, während eiterhaltige opak sind. Der Vergleich beider Seiten wird eventuell Differenzen in der Durchsichtigkeit geben, welche diagnostische Schlüsse zulassen. Eine Batterie von 10 Volt (5 Zellen), welche eine elektrische Miniaturlampe von 2—3 Lichtkerzen Stärke liefert, die durch gefensterten Gummi bedeckt ist, ist der ganze Apparat. Die Lampe wird in den äusseren Gehörgang gebracht, so dass das Fenster nach hinten gerichtet ist und der Strom geschlossen. Sogleich werden die Mastoidzellen im röthlichen Licht erglühen. Durch Drehen der Lampe kann man verschiedene Stellen der Mastoidzellen erleuchten und so den Krankheitsherd entdecken. Ist Eiter vorhanden, so bleibt das Glühen aus und die Zellen bleiben dunkel.

852. ***Zur Behandlung des chronischen Kehlkopfcatarrhes.*** *Von Dr. **Ignaz Moskovitz**, Budapest. (Orvosi Hetilap. 1894. Nr. 5. — Pester med.-chir. Presse. 1894. 31.)*

Behufs leichterer Uebersicht theilt Verf. die Kehlkopfcatarrhe in zwei Hauptgruppen: *a)* in die Gruppe der idiopathischen und *b)* der derivirten Kehlkopfcatarrhe. Die erste Gruppe fasst jene Art der chronischen Kehlkopfcatarrhe in sich, die man bei Personen beobachtet, die vermöge ihres Berufes ihren Kehlkopf in höherem Grade anstrengen. Hier lässt sich Heilung durch Ruhe des Organes erzielen. Schwerer gestaltet sich die Therapie bei jenen Fällen, die auf übermässigen Genuss von Alkohol oder Nicotin — ausgehend von einem Rachencatarrh — zurückzuführen sind. Auch hier liegt es mehr an der Individualität der Betreffenden, als an den Mitteln, dass die Behandlung wirkungslos bleibt. Das grösste Contingent der Kehlkopfcatarrhe (70%) wird von solchen Kranken geliefert, die an Nasenkrankheiten leiden und spielt hier die Hauptrolle hochgradige Schwellung der Nasenmuscheln vornehmlich bei Erwachsenen; die Beschränkung oder totale Aufhebung der Nasenathmung führt zu Rachen- und Kehlkopfcatarrhen. Oft sind sich die Kranken trotz haselnussgrosser Anschwellung ihrer Conchen nicht dessen bewusst, dass ihr Rachen- oder Kehlkopfleiden vom Nasenübel herrührt. Unterlässt man in solchen Fällen die Untersuchung der Nase, dann ist die Behandlung des Kehlkopfcatarrhes eine vergebliche. Bei jüngeren Personen stösst



man häufiger auf adenoide Vegetationen, als auf Ursachen des Kehlkopfcatarrhes; diese Fälle sind sehr dankbare Objecte der Behandlung. Die Entfernung der Vegetationen aus der Rachenhöhle zieht rasche Heilung des Catarrhes nach sich. Ein geringer Percentsatz der Kehlkopfcatarrhe ist mit Rhinitis und Pharyngitis sicca combinirt. Die progressive Schleimhaut-Atrophie, die diese Form des Catarrhes kennzeichnet, trotzt jeder Behandlung. Bezüglich der Therapie sei nun Folgendes angeführt: Da, wo es sich um übermässige Anstrengung der Stimmorgane handelt, bieten bezüglich der Heilung eine gute Prognose nebst Ruhe die Anwendung schwächerer Adstringentien, Pinselungen mit 2% Jodtinctur-Glycerin-, 2% Chlorzinklösung, Tannin. Zu diesem Behufe bedient sich Verf. in einem jeden Einzelfalle der an einem entsprechenden Drahtschaft angebrachten *Bruns*'schen Watte. Die durch Alkohol- und Nicotingenuss herbeigeführten Catarrhe erheischen schon eine energischere Behandlung. Liegen Gefässectasien, Schleimhauthypertrophien vor, dann greife man zu einer 4—10% Lapislösung, oder stärkerer Chlorzinklösung. Gut bewährt sich auch die Excochleation der hypertrophirten Stellen.

Verf. hat bereits vor einem Jahre anlässlich eines im Aerzteverein gehaltenen Vortrages dieser Abkratzungen Erwähnung gethan, und wendete man hiegegen ein, dass sich Narbengewebe bilde, das noch unangenehmere Erscheinungen herbeiführte als die hypertrophirte Schleimhaut. Dieser Einwand kann jedoch nicht bestehen, da die Abkratzung keine tiefgehende ist, man kann sich überzeugen, dass sich an Stelle der abgekratzten Schleimhautpartie nach 2—3 Tagen gesundes rothes Gewebe einstellt. Verf. hält den Galvanocauter für das souveränste Heilmittel in der Therapie des den chronischen Kehlkopfcatarrh herbeiführenden Nasencatarrhes. Mit demselben lassen sich haselnussgrosse Muscheln mit dem Eingriffe innerhalb zwei Wochen vollkommen zerstören. An Stelle der zerstörten Muscheln tritt nicht, wie dies allgemein irrthümlich angenommen wird, Narbengewebe, sondern ganz gesunde und normale Schleimhaut auf. Beim trockenen Kehlkopfcatarrh empfehlen sich die Insufflation von Borsäure, die Ausspülung der Nasen- und Rachenhöhle mit antiseptischen Lösungen (3% Borlösung, Kal. hypermang., Resorcin).

853. ***Croupöse Entzündung der äusseren Gehörgänge in Folge von Einträufelung von Creosot in dieselben.*** *Von Docent Dr. Rohrer. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 11. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 67.)*

Die weit verbreitete Unsitte, gegen Zahnschmerzen Einträufelungen von spirituösen oder ätherischen Lösungen in den Gehörgang zu machen, wird durch nachstehenden Fall trefflich illustrirt. Ein älterer Bahnangestellter erkrankte im Frühjahr 1893 an Influenza, die eine zwei Monate dauernde Arbeitsunfähigkeit bedingte und sich mit subacutem Gelenksrheumatismus und rechtsseitiger Hemicranie complicirte. Wenige Wochen nach Heilung dieser Leiden stellte sich eine starke eiterige Entzündung der Nasenschleimhaut ein, welche eine doppelseitige Prosopalgie hervorrief. Gegen die quälenden Gesichtsschmerzen machte Patient Ende Juli 1893 Einträufelungen von reinem Creosot in beide Gehör-



gänge, wodurch eine foudroyante Entzündung des äusseren Ohres in der Form der croupösen Otitis externa diffusa traumatica hervorgerufen wurde. Es stellten sich rasende Ohrenschmerzen und entzündliche Schwellung in der Cavitas conchae, dem Introitus meatus und den Gehörgängen ein. Bei der Untersuchung waren beide Gehörgänge bis auf ein kleines Lumen vollkommen mit fest aufsitzenden croupösen Membranen austapezirt, das Trommelfell war weder rechts, noch links sichtbar, doch schien die ätzende Lösung nicht bis zu ihm vorgedrungen zu sein, da die Hörfähigkeit relativ gut war. Die Behandlung bestand in desinficirenden Ausspülungen der Gehörgänge, Instillation einer 1%igen Atropin-Cocainlösung. Insufflation von Jodoform und Einlegen eines Tampons mit 5%igem Carbolöl. Gegen die neuralgischen Schmerzen wurden Natr. salicyl. und Salol verordnet, gegen die Rhinitis purulenta Irrigationen mit 2%iger Bor-Kochsalzlösung und Einpuderung mit Aristol-Europhen (4:5), ausserdem Galvanisation des Schädels. Der Erfolg war ein befriedigender, indem nach fünf Tagen sich die Ohrgänge zu reinigen begannen und auch die übrigen Krankheitssymptome schwanden, so dass Mitte August vollständige Heilung eingetreten war. Verf. sah dieselben schweren Entzündungserscheinungen sehr oft nach Einträufelungen von „Pain Expeller“ in die Ohren gegen Zahn- und neuralgische Schmerzen.

854. ***Die Behandlung gewisser Zustände der Mandeln mittelst einer neuen Lochzange.*** *Von **A. Brown Kelly**, M. B. (Lancet. 1894. 7. Juli. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 8.)*

Das Bedürfniss, Mandeln, die nicht eigentlich so gross sind, dass sie ganz entfernt werden müssten, zu behandeln, hat sich in neuerer Zeit mehr und mehr herausgestellt. Früher benützte man die galvanocaustische Stichelung, später hat dann *v. Hoffmann* die Schlitzung angegeben; allein diese Methoden reichen nicht in allen Fällen hin. Verf. empfiehlt nun für solche Fälle ein neues Instrument, mit dem man kleine Stücke aus der Mandel entfernen kann. Er gibt eine Abbildung desselben, nach der es für den angegebenen Zweck ganz geeignet erscheint. In der „Deutschen med. Wochenschr.“, 1894, Nr. 27, hat *Hartmann* zu dem gleichen Zweck sein Conchotom empfohlen, das Verf. auch schon wiederholt mit recht günstigem Erfolge dazu benützt hat. In neuerer Zeit macht Verf. die kleine Operation gewöhnlich mit der senkrecht fassenden *Krause*'schen Doppelcurette für den Kehlkopf. Er hat sich nur ein gerades Ansatzstück dazu machen lassen. Das Instrument schneidet so gut, dass es sehr leicht damit gelingt, die gewünschten Theile der Mandel zu entfernen. Verf. benützt es hauptsächlich dann, wenn nach der Schlitzung sich die Mandeln nicht genügend zurückbilden, um die Zwischenfalten herauszunehmen, damit keine Zurückhaltung von Mandelpfröpfen mehr stattfinden kann.

855. ***Ein Fall von syphilitischer Entzündung der Articulatio crico-arytaenoidea.*** *Von Dr. **Rueda**. (Revue de laryngologie. 1894. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 71.)*

Ein Landarzt zeigte Ende Juli 1893 eine Heiserkeit, welche seit 4 Monaten bestand und welche man auf tuberculöse Läsionen zurückführte. Vor einigen Jahren hatte Patient eine Syphilis acquirirt, indessen waren keine secundären Erscheinungen beob-



achtet worden. Eine Reihe von Secundärsymptomen, welche mehrere Jahre nach der Affection auftraten, gingen nach dem Gebrauch von Jodkali leicht zurück. Nachdem die gegenseitige Affection eine unangenehme Höhe erreicht hatte, wurde die locale Behandlung eingeleitet. Bei der Untersuchung des Patienten ergab sich, dass derselbe gleichzeitig an specifischer Erkrankung der Regenbogenhaut litt. Das Allgemeinbefinden war gut. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab: in der linken Regio arytaenoidea war die Farbe normal, die Articulatio crico-arytaenoidea war vollkommen unbeweglich, sowohl während der Respiration, wie während der Phonation. Das entsprechende Stimmband war normal gefärbt. wurde in seiner hinteren Partie verdeckt durch eine Schwellung der Regio arytaenoidea und war unbeweglich. Der betreffende Tumor war hart, Drüseninfiltration bestand nicht. Da Verf. an eine sich entwickelnde Affection syphilitischen Ursprunges dachte, so verschrieb er Jodkali in hohen Dosen. Unter dem Einfluss dieser Therapie verschwand sehr bald die Entzündung. Die Arthritis der Articulatio crico-arytaenoidea heilt im Allgemeinen sehr selten; die Diagnose ist besonders schwierig.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

856. ***Die Milchuntersuchungen weiland Professor Julius Lehmann's.*** *Vortrag von Professor* ***Hempel*** *in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. Jahresbericht 1894, pag. 77.*

Während der letztvergangenen Jahre hat *Julius Lehmann* in dem Laboratorium des Prof. *Hempel* ausgedehnte Untersuchungen über Kuh- und Frauenmilch angestellt. Diese Untersuchungen sind besonders werthvoll, da er mittelst seiner Methode der Abscheidung des Caseïns auf Thonseparatoren dasselbe in dem Zustande mit Salzen verbunden erhielt, wie es in der Milch wirklich vorhanden ist. *Lehmann* fand, dass das Caseïn in der Milch als Doppelverbindung von Caseïnkalium mit phosphorsaurem Kalk als colloidaler Körper auftritt.

Das Kuhcaseïn enthielt:

6·47% Asche, der Hauptsache nach phosphorsaurer Kalk.
50·86 „ Kohlenstoff,
6·72 „ Wasserstoff,
14·63 „ Stickstoff,
0·81 „ Phosphor,
0·72 „ Schwefel.

Als mittlere Zusammensetzung der Kuh- und Frauenmilch fand *Lehmann*:

	Kuhmilch	Frauenmilch
Caseïn	3·0%	1·2%
Albumin	0·3 „	0·5 „
Fett	3·5 „	5·8 „
Milchzucker	4·5 „	6·0 „
Asche	0·7 „	0·2 „
Wasser	88·0 „	88·5 „



Diese Zahlen lehren, dass bei der gewöhnlichen Verwendung der Kuhmilch zur Säuglingsernährung, wobei man die Milch erheblich mit Wasser verdünnt, mit Milchzucker versetzt und sterilisirt, ein Gemisch erhalten wird, was gerade an einem der wesentlichsten Bestandtheile vollständig verarmt ist. Da das Albumin die Eigenschaft, hat bei 50° zu coaguliren, so fehlt der gewöhnlichen Kindernahrung das Albumin, von welchem die Frauenmilch durchschnittlich 0·5% besitzt.

Es erscheint ferner unzulässig, einen Theil des Fettes in der Kindernahrung durch Milchzucker zu ersetzen, da Fett und Milchzucker chemisch durchaus verschiedene Substanzen sind. Besonders wichtig für die Frage der Ernährung ist es, dass das Fett der Kuh- wie der Frauenmilch Lecithin enthält. Das Lecithin ist Glycerinphosphorsäure mit einer Base, dem Cholin. Das Fett der Milch ist demnach phosphorhältig und dürfte darum für den Aufbau des Knochengerüstes von grosser Bedeutung sein, was um so wahrscheinlicher erscheint, wenn man bedenkt, welch starken Einfluss Phosphorleberthran auf die Knochenbildung hat.

Vom chemischen Standpunkt ist richtiger, die Milch den Kindern ungekocht zu verabreichen, da jedes Erhitzen Zersetzungen hervorbringt, welche die Eiweissstoffe unlöslich, d. h. unverdaulich macht.

In der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion bemerkte *W. Hesse*, dass die Frage der besten künstlichen Kinderernährung noch immer eine offene sei. Wolle man die sterilisirte Milch durch rohe ersetzen, so müsse die Milch alsbald nach dem Melken auf etwa 10° C. abgekühlt und bis zum Verbrauch dauernd thunlichst nahe dieser Temperatur gehalten werden. — *Nowack* erinnert daran, dass die Milch auch eine Reihe immunisirender Substanzen besitze, die durch Sterilisiren zerstört würden, betont ferner, dass, so lange wir nicht wüssten, welche unschätzbaren Heilkräfte die Milch durch das Sterilisiren verliere, es gerechtfertigt erscheine, durch peinliche Sauberkeit und die ausgedehnteste Controle der Stallthiere das Sterilisiren der Milch überflüssig zu machen. *Knauthe.*

857. ***Hüftgelenk und Luftdruck.*** *Von **N. A. Goerken.** Vorläufige Mittheilung aus dem physiologischen Laboratorium des Prof. W. N. Weliki. (Wratsch. 1894. 24. Russisch. — Centralbl. f. Chir. 1894. 34.)*

Bekanntlich gilt seit den berühmten Versuchen der Gebrüder *Weber* (1836) der Lehrsatz, dass der Schenkelkopf in der Pfanne allein durch den Luftdruck fixirt ist. Diese Versuche waren indess Leichenversuche, die nie am lebenden Thiere controlirt worden sind, so dass die Uebertragung der dabei gewonnenen Resultate auf den Lebenden einen schweren Fehler involvirt, „einen von den Fehlern, welchen wir nur in der Kindheitsepoche der Wissenschaft begegnen". Verf. durchschnitt nun an curaresirten Hunden die Muskelinsertionen an den Trochanteren und konnte dann schon durch relativ geringe Belastung des Schenkelkopfes die Gelenke stets zum Klaffen bringen. Nach Eröffnung der Gelenkkapsel constatirte er dann stets eine beträchtliche Vermehrung der Synovia (bis zu 1 Ccm), sowie Hyperämie und Oedem der Weichtheile in der Fossa acetabuli und dem Ligamentum teres. In diesem



Befunde, sowie in der Nachgiebigkeit der lebenden Gewebe des Pfannenrandes sieht nun Verf. auch den Grund, warum der Luftdruck am Lebenden nicht die Rolle spielt, wie in den stets wieder bestätigten Leichenversuchen der Gebrüder *Weber*. Mit dem Ausweichen des belasteten Schenkelkopfes ändern die intracapsulären Weichtheile durch Blutzufluss ihr Volumen, und es findet eine vermehrte Transsudation von Synovia statt, so dass es zu keinem Vacuum kommen kann und der Luftdruck paralysirt wird, während derselbe beim Fehlen einer solchen Reaction allerdings zur Geltung kommen muss. Wenn also die Gebrüder *Weber* in der Fixation der unteren Extremitäten am Becken durch den Luftdruck eine weise Oekonomie der Natur an activer Körperkraft sahen, so stellt Verf. im Gegensatz dazu die These auf, dass die Natur eben im Interesse der Oekonomie des Organismus überall Vorrichtungen gegen eine solche Fixation des Hüftgelenkes getroffen hat, welchen Satz er durch eine kurze vergleichende Skizze der Morphologie des Hüftgelenkes bei den verschiedenen Wirbelthierordnungen belegt. Verf. fand ferner in einer Reihe von Versuchen, dass die Synovia im Kniegelenk curaresirter Hunde unter einem positiven Drucke von 4—10 Mm. Quecksilber steht, was einerseits für den transsudativen Ursprung der Synovia spricht, andererseits aber auch unwiderleglich beweist, dass, wenn für die gegenseitige Lage der Gelenkkörper nur der innere Synovial- und der äussere Luftdruck in Betracht kommen, dieselben nicht nur nicht gegen einander fixirt werden würden, sondern sogar das Bestreben haben müssten, auseinander zu weichen. Schliesslich weist Verf. darauf hin, dass jede paralytische Luxation des Hüftgelenkes die Ungiltigkeit der Theorie der Gebrüder *Weber* für die Verhältnisse am Lebenden ad oculos demonstrirt.

858. ***Ueber acute Leucämie und ihre Beziehungen zu geschwürigen Processen im Verdauungscanale.*** *Von Dr. **M. Askanazy**. (Virch. Arch. Bd. CXXXVII, Heft 1. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 35.)*

Die bisher bekannt gewordenen 30 Fälle von acuter Leucämie werden durch vorliegende Mittheilung um einen anatomisch-histologisch sehr gründlich untersuchten Fall vermehrt. Eine 37jährige schwangere Frau erkrankt an einer ulcerösen Zahnfleischaffection, so dass die Schneidezähne des Unterkiefers bis zu ihren Kronen in kleinfingerdicke Wucherung eingebettet erscheinen. Später erscheinen 2 haselnussgrosse Knoten auf dem vorderen Zungengrunde, 2 nekrotische Stellen am weichen Gaumen und spärliche Blutungen in Haut und Schleimhaut. Milz und Leber nicht vergrössert. Die Untersuchung des Blutes lässt den Fall als Leucämie erkennen. Der Tod tritt 10 Stunden post partum ein. Krankheitsdauer nahezu 2 Monate. In der Schleimhaut des Dünn- und des Dickdarmes finden sich necrotische Stellen. Dieselben erwiesen sich ebenso wie die „gangränöse Stomatitis und Pharyngitis“ als die Folgezustände oberflächlich gelegener lymphomatöser Infiltrationen, wie sie dem leucämischen Processe eigenthümlich sind. Es spricht dies gegen die mehrfach ausgesprochene Ansicht, dass gerade solche Ulcerationen als die Einwanderungsstellen des leucämischen Virus anzusehen seien. Im Humerus fand sich rothes

lymphoides Mark. Demselben kann eine Rolle als im Sinne einer Blutregeneration wirksames Organ (compensatorische Metaplasie) nicht zuerkannt werden, da der Befund kernhaltiger Erythrocyten (auch im Blute) theils negativ, theils ein äusserst spärlicher war. Parasiten konnten als Erreger des acut verlaufenen Processes nicht nachgewiesen werden.

859. ***Experimentelle Untersuchungen über die Resorption der Pneumothoraxluft.*** *Von **J. Szupak.** Gesammelte Abhandlungen aus der med. Klinik des Prof. Unverricht in Dorpat. (Ref. d. Prager med. Wochenschr. 1894, pag. 431.)*

Um die Resorption von Luft sowohl seitens der normalen, als auch der erkrankten Pleura zu studiren, injicirte Verf. Hunden eine abgemessene Menge Luft in die Pleurahöhle. Bei normaler Pleura injicirte er eine, der Grösse der resorbirenden Flächen proportionale Luftmenge, bei entzündeter Pleura konnte er nur ein geringeres Quantum injiciren. Um eine Entzündung der Pleura zu erzeugen, injicirte er in den Pleuraraum eine Lapislösung, wodurch er eine seröse Pleuritis erhielt, während es ihm nicht gelang, auf irgend eine Weise eine eiterige Pleuritis hervorzurufen. Das Thier wurde dann getödtet, der Bauch eröffnet, die Eingeweide herausgenommen, der Hinterkörper des Thieres abgetrennt, der Kopf nach unten gesenkt und in den durch das Zwerchfell gebildeten Trichter Wasser gegossen. Hierauf wurde unter Wasser ein Loch in das Zwerchfell geschnitten und beobachtet, ob Gasblasen aufsteigen oder nicht. Oder es wurden auf einer Seite einige Rippen resecirt und man gewann durch das zarte Mediastinum Einblick in die zu untersuchende Pleurahöhle. Es resorbirt nun die normale Pleurahöhle eine ziemlich grosse Menge Luft im Laufe von 24 Stunden. In derselben Zeit gelangen auch Sauerstoff und Kohlensäure zur Resorption, während von Stickstoff mehr als die Hälfte unresorbirt blieb. Diese verzögerte Resorption des N steht in gutem Einklange mit den Ergebnissen der Gasanalyse der Pneumothoraxluft. Fast alle Autoren fanden einen ausserordentlich hohen N-Gehalt. Ist die Pleura erkrankt, so wird die Luft dennoch von ihr resorbirt, aber langsamer. Desto später, je stärker die Entzündung ist und je zahlreichere Adhäsionen sich gebildet haben. Ganz ähnliche Verhältnisse finden sich beim Menschen. Auch hier ist die in den Pleurasack eingetretene Luft nicht direct entzündungserregend; auch hier tritt spontan in vielen Fällen Heilung ein. Da aber die häufigste Ursache des Pneumothorax der Durchbruch einer wandständigen, tuberculösen Caverne ist, die dann ihren Inhalt in die Pleurahöhle entleert, kommt es gewöhnlich zur Entzündung. Die Resorption geschieht in sehr verschiedener Zeit; wahrscheinlich, je nachdem der Pneumothorax ein geschlossener oder ein Ventilpneumothorax ist.

860. ***Fall von hyperacuter Asphyxie in Folge von Hypertrophie des Thymus bei einem kleinen Mädchen.*** *Von **Marfan.** Sitzung der Société méd. des hopitaux. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 67.)*

Das $2^1/_2$ Monate alte Mädchen wurde in einem Zustande schwerer Asphyxie nach dem Krankenhause gebracht. Die Respiration ist schwach und beschleunigt. Trotz Senfbäder, Aether- und



Coffeininjectionen stirbt das Kind 4 Stunden später. Es ist gut genährt. Bei dem Einschneiden in den Hals drängt sich eine Gewebsmasse hinter dem Sternum vor; diese stellt sich als hypertrophirte Thymusdrüse dar. Darunter lag die in ihrem Halstheil zusammengedrückte Trachea. Die Thymus ist 31 Grm. schwer und 8 Cm. lang; sie ist stark hyperämisch und an einzelnen Stellen zeigen sich Ecchymosen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine einfache Hyperplasie des Drüsengewebes. Das Kind befand sich bis zu Anfang Mai wohl. Am 3. Mai wurde es von einem Krampfanfall ergriffen, war verstopft und hustete ein wenig. Am 16. Mai, dem Tag vor dem Exitus, war es etwas unruhig und aufgeregt. Es wurde anfangs mit Muttermilch, dann mit der Flasche ernährt.

861. ***Anatomischer Befund bei Retinitis luetica.*** *Von Dr.* ***Ludwig Bach.*** *(Arch. f. Augenhk. Bd. XXVIII. Heft 1. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1894. August.)*

Verf. hatte Gelegenheit, einen ganz reinen Fall von recidivirender syphilitischer Retinitis an zwei Augen desselben Individuums anatomisch zu untersuchen. Er fand eine lediglich auf die Netzhaut beschränkte Entzündung, die sich in der Hauptsache an den Gefässen, und zwar an den Arterien und Capillaren, weniger an den Venen, in der Form partieller oder ringförmiger Entzündung der Adventitia und Intima abspielte. Der Befund erscheint bemerkenswerth einmal dadurch, dass hier zum ersten Mal eine sichere anatomische Grundlage für das klinische Bild der syphilitischen Retinitis gefunden worden ist und andererseits damit sicher bewiesen ist, dass die *Jacobson*'sche Retin. syph. eine Primärerkrankung der Netzhaut, und zwar eine vollständig selbstständige Erkrankung der Gehirnschicht und des Retinalgefässsystems ist und nicht eine Secundäraffection im Anschluss an eine Chorioiditis.

Gerichtliche Medicin, Criminal-Anthropologie, Toxikologie.

862. ***Ueber zwei seltenere Fälle von Erstickungstod.*** *Von Dr.* ***Blasius Kenyeres.*** *Vortrag in der Sitzung der Budapester Gesellschaft der Aerzte am 10. Februar 1894. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 36.)*

I. Ein 28jähriger Kutscher, der mit seinem Pferde gerade beschäftigt war, fiel plötzlich zu Boden und starb nach kurzer Zeit. Die Section ergab: An der linken Hälfte der Oberlippe ein $^1/_2$ Cm. langer Riss, der linke Augenzahn ausgebrochen. Links oberhalb des Unterkiefers eine halbkreuzergrosse Epithelialabschürfung nach unten zu, von der letzteren bis auf den Hals sich erstreckende, mehrere, einen Halbkreis bildende, hirsekorngrosse Epithelialabschürfungen. Das Individuum starb an Erstickung. Beide Hälften des Ringknorpels waren eingebrochen, der Larynxraum durch die hochgradig suffundirte Schleimhaut verengt. Die Anamnese im Vereine mit dem Leichenbefunde liessen demnach einen durch Hufschlag verursachten Unglücksfall annehmen. II. Der



zweite Fall betrifft einen 50jährigen Mann, der im betrunkenen Zustande aufgefunden wurde. Nach einigen Stunden verschied der Mann. Die Obduction ergab Erstickungstod in Folge hochgradiger Larynxstenose. An der Innenfläche des Kehlkopfes zwischen den Stimmbändern und auf der hinteren Wand der Epiglottis war eine papillomatöse Geschwulst und in Verbindung mit dieser Oedem der Schleimhaut vorhanden. Die carfiolartige Geschwulst bestand aus hirsekorn- bis erbsengrossen, meist dünngestellten Theilen und verengte dermassen den Kehlkopf, dass man in die Trachea nur mittelst einer dünnen Sonde gelangen konnte.

863. ***Die legale Berechtigung der Vornahme grosser gynäkologischer Operationen bei Geisteskranken.*** *Von **P. Manton**, Detroit. Verhandlungen der VI. alljährlichen Versammlung der amerikanischen Geburtshelfer und Gynäkologen im Jahre 1893. (Amer. Journ. of Obstetr. 1893, September-Heft, pag. 409.)*

Die aus Laien bestehende Vorstandsschaft eines humanitären Institutes erklärte kürzlich die Vornahme grosser gynäkologischer Operationen bei Geisteskranken als brutal, inhuman und gesetzwidrig. Auf dies hin durchforschte Verf. die Gesetzbücher der verschiedenen Staaten der Union, ob sie nicht diese Frage Klärendes enthalten. Diese Gesetzbücher berühren diese angeregte Frage aber nach keiner Richtung hin. Verf. meint, Geisteskranke verhalten sich gegenüber Vornahme grosser Operationen wie Unmündige. Gibt deren Curator die Bewilligung zur Vornahme der betreffenden Operation, so kann sie vorgenommen werden. Nach Ansicht des Referenten ist aber damit diese Frage nicht erschöpft. Es gibt eine Reihe Operationen, deren Vornahme nur relativ indicirt ist, hierher zählen beispielsweise Operationen behufs Behebung der Sterilität, Entfernungen von Tumoren (der Ovarien oder des Uterus) mässiger Grösse, die nicht wachsen und nur Sicherheits wegen in Betreff der Zukunft entfernt werden u. dergl. m. Solche nur relativ indicirte Operationen sind nach Ansicht des Referenten bei Geisteskranken nicht vorzunehmen, unbedingt aber solche, durch deren Unterlassung das Leben der Kranken schwer bedroht oder verloren ist. *Kleinwächter.*

864. ***Ueber verschiedene Arten der Wasserfiltration.*** *Von Prof. **O. Bujwid**, Krakau. (Wiener med. Wochenschr. 1894. 36.)*

Verf. theilt die Resultate seiner Untersuchungen über Wasserfiltration mit: Die beste Art der Filtration für grosse Städte ohne Quellwasser sind centrale bedeckte Sandfilterbassins mit einer mindestens 0·75 Meter tiefen Sandschicht, welche überall regelmässig dick ist. Der Wasserdruck soll gewöhnlich 50—60 Ccm. nicht übersteigen, so dass die Geschwindigkeit nie eine grössere als 100 Mm. per Stunde sei. Wenn die Sandschicht neu gelegt ist, so ist die Quantität der Bacterien immer grösser als bei der alten Filterschicht: Die besten Resultate bei der Reinigung erhält man, indem man nur die obere verunreinigte Sandschicht abnimmt. Die Bacterienmenge in dem nichtfiltrirten Wasser darf nach *Koch* nie 100 pro 1 Ccm. übersteigen. Es ist nothwendig, dass das Flusswasser die Thonerde in Suspension oder andere leichtere suspendirte inorganische Partikelchen enthalte, um die Bildung einer Schlammschicht über der Sandschicht herbeizuführen. Diese feine Schlamm-



schichte bildet einen unbedingt nothwendigen Theil des Filters, so dass es nicht möglich ist, Sandfilter zu construiren, wo das Flusswasser eine solche Schlammschicht zu bilden nicht vermag, z. B. die Newa bei St. Petersburg. Das beste Wasser in bacteriologischer Hinsicht liefern die abyssinischen (*Norton*'schen) Pumpen. Bei seinen Versuchen hat Verf. jedoch nur sehr selten Wasser solcher Brunnen mit geringem Bacteriengehalte gefunden, und das hängt davon ab, dass Bacterien immer in dem Stempel und in den Klappen vorkommen. Es ist eine Art von Bacterien, welche sehr langsam wächst und welche in der Gelatine sehr kleine Colonien bildet, welche in dem Wasser solcher Pumpen am öftesten vorkommen. Jedenfalls liefert nur die *Norton*'sche Pumpe epidemiologisch ganz vorwurfsfreies Wasser. Was die Hausfilter anbelangt, so hat Verf. bis jetzt keine gefunden, welche ohne oft wiederholtes Sterilisiren bacteriologisch reines Wasser liefern. Im Allgemeinen liefert die *Chamberland*'sche Kerze, welche regelmässigere und kleinere Poren darstellt, zur Sommerszeit sterilisirtes Wasser durch 5—7 Tage. Die *Berkefeld*'sche Kerze gibt dasselbe nur während 3—4 Tage. Daraus ergibt sich, dass in beiden Kerzenarten die Bacterien durch die poröse Wand durchwachsen. Um die Filterkerze zu reinigen, muss man zunächst mittelst eines Stückes Leinwand die ganze Kerze im Wasserstrom ziemlich stark abreiben und dann während 1 Stunde in siedendem Wasser kochen.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

865. ***Ueber die Beziehungen zwischen Kuhmilch und dem Cholerabacillus.*** *Von Dr. W. Hesse, königl. Bezirksarzt in Dresden. Vortrag in der Gesellschaft f. Natur- und Heilkunde. (Jahresbericht 1894, pag. 53.)*

1. Rohe Kuhmilch ist kein Nährboden für den Cholerabacillus, vielmehr geht der Cholerabacillus in roher Kuhmilch in kurzer Zeit zu Grunde. Die Abtödtung des Cholerabacillus in roher Kuhmilch erfolgt bei Bruttemperatur schneller als bei Zimmertemperatur. Es handelt sich hierbei um eine Lebensthätigkeit der rohen Milch. 2. Auf 100° C. erhitzte oder kurze Zeit (bis $1^1/_2$ Stunde) dem strömenden Wasserdampf ausgesetzt gewesene Kuhmilch ist zwar ein Nährboden für den Cholerabacillus, aber ein weit schlechterer, als z. B. Blutserum, gekochtes Eiweiss, Nähragar und Nährbouillon. Dies liegt daran, dass der Cholerabacillus die so behandelte Kuhmilch — bis zur Caseïngerinnung — sauer macht und in Folge dessen sein Wachsthum nach wenigen Tagen einstellt. In der durch den Cholerabacillus bis zur Caseïngerinnung sauergemachten Kuhmilch vermag derselbe aber sich lange Zeit lebensfähig zu erhalten. 3. Lange (2—3 Stunden und darüber) dem Wasserdampf ausgesetzt gewesene Kuhmilch ist kein Nährboden für den Cholerabacillus, vielmehr stirbt er in solcher Kuhmilch in kurzer Zeit ab. Die Ursache hiervon ist die in Folge des langen Sterilisirens eintretende Säuerung der Milch, die einen um so höheren Grad erreicht, je länger die Milch dem Dampfstrome aus-



gesetzt wird. 4. Diese Thatsachen, dass rohe Kuhmilch den Cholerabacillus binnen Kurzem tödtet und dass der Kuhmilch durch Erhitzen die keimtödtende Eigenschaft verloren geht, sind von weittragender theoretischer und praktischer Bedeutung.

Knauthe.

866. ***Vorkommen von Tuberkelbacillen im Nasenschleim Gesunder.*** *Von* ***Strauss.*** *(Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol. 1894. 4. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 35.)*

Verf. konnte im Nasenschleim gesunder Personen, welche sich viel in von Tuberculösen bevölkerten Krankenzimmern aufhielten, virulente Tuberkelbacillen nachweisen. Die Versuche wurden so angestellt, dass der Nasenschleim mit sterilisirter Watte entnommen, in Fleischbrühe aufgeschwemmt und Kaninchen intraperitoneal injicirt wurde. Von 29 Einzelversuchen gaben 9 ein positives Resultat. Die Versuche beweisen, dass die Infection der Tuberculose beim Menschen wohl am häufigsten durch Inhalation des Virus zu Stande kommt.

867. ***Ueber die Häufigkeit des Nagens an den Fingernägeln und ähnliche Angewohnheiten bei geistig degenerirten Menschen.*** *Von Dr.* ***Berillon.*** *(La semaine méd. 1894. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 65.)*

Eine zu diesem Zwecke in Knaben- und Mädchenschulen vom Vortr. angestellte Untersuchung hat eine bereits früher von ihm geäusserte Hypothese bestätigt, dass das Kauen an den Nägeln und ähnliche Angewohnheiten in der Regel mit Degeneration verbunden sind. Die Häufigkeit der oben erwähnten Untugend ist allerdings sehr verschieden, je nach der Umgebung, in der sich Knaben, respective Mädchen befinden. In gewissen Schulen trifft man nur 2—3, welche diesem Laster ergeben sind, in der Mehrzahl der Pariser Schulen dagegen ist der Antheil der Nägelkauer sehr beträchtlich, er beträgt zuweilen bis ein Drittel der Gesammtschülerzahl. Sorgfältige Untersuchungen ergaben fast immer die Anwesenheit gewisser psychischer Degenerationsmerkmale. Derartige Kinder sind gewöhnlich träger als andere, sie besitzen Abnormitäten der Schädelbildung, der Zähne und der Ohren. Auch geben die Lehrer an, dass bei diesen Individuen eine ziemlich ausgesprochene Abneigung gegen physische Uebungen und für Spiele, in welchen es auf Entfaltung einer möglichst grossen Anstrengung ankommt, vorhanden ist. Sie schreiben schlecht und besitzen gewöhnlich wenig technische Handfertigkeit. Auch ihre Arbeitslust ist gering, ihr Charakter ungelehrig, mit einem Wort, der Vergleich mit anderen Kindern desselben Alters zeigt, dass die nägelkauenden Kinder in der Regel unter dem Durchschnittsmittel der Schüler sich befinden. Alle Lehrer sind darin einig, dass alle pädagogischen Hilfsmittel, welche angewandt werden, um diesem Laster zu steuern, ohne Erfolg sind. In der Mehrzahl der Fälle kann Heilung erst durch hypnotische Suggestion erzielt werden. Suggestion in wachem Zustande gibt nur in ganz vereinzelten Fällen gute Resultate. Die Gewohnheit, an den Nägeln zu kauen, besteht zuweilen bis zum höchsten Lebensalter. So hat Vortr. einen 72jährigen Greis und eine 56jährige Dame zu behandeln Gelegen-

heit, die seit ihrer Kindheit niemals aufgehört haben, an den Nägeln zu kauen.

868. ***Ueber Rückgratsverkrümmungen der Schulkinder.*** *Von **W. Krug**, Dresden. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXXVII, pag. 145. — Allg. med. Central.-Ztg. 1894. 56.)*

1418 Kinder hat der Verf. mit Rücksicht auf die Anomalien der Wirbelsäule, besonders der Scoliosen, die während der Schulzeit sich ausbilden, untersucht, indem er bei entblösstem Oberkörper genaue Messungen vornahm, wobei er zugleich den Allgemeinzustand (Anämie, Scrophulose), sowie etwaige Erkrankungen der Knochen, der Lunge, des Herzens etc. beachtete. Bei den Knaben zeigten 26 v. H., bei den Mädchen nur 22·5 v. H. Wirbelsäulenverkrümmungen; in den verschiedenen Altersstufen steigerte sich der Procentsatz bei den Knaben von 11·5—35%, bei den Mädchen von 17—31·5%, wobei das 12.—13. Lebensjahr einen Stillstand zeigt. In der Mehrzahl waren es linksseitige Abweichungen. Die mittlere Grösse der Abweichungen betrug 0·8 Cm. Am häufigsten betroffen war der Brusttheil, dann der Lendentheil, am wenigsten der Halstheil mit den oberen Brustwirbeln. Die Anämie und Rhachitis sind dabei nach den Untersuchungen des Verf. wenig im Spiel, dagegen zeigten Schreibexperimente bei entblösstem Oberkörper und Belastungsversuche, dass „bei etwa einem Drittel der Kinder die bei den Schularbeiten in Schule und Haus beliebte schiefe Haltung der Wirbelsäule sich fixirt und am Ende der Schulzeit mit in das Leben hinübergenommen wird". Verf. empfiehlt daher, dass Lehrer und Erzieher prophylactisch auf guten Druck, gutes Licht, richtige Heftlage, gute Schulsitze, mögliche Anpassung derselben an die Schüler, häufiges Unterbrechen der Schreibübungen durch Armbewegungen etc. und frühzeitige Nachricht an den (Schul-) Arzt sehen. Der Hauptwerth ist auf reichliches Turnen zu legen. Verf. empfiehlt endlich noch in gleicher Rücksicht die Steilschrift.

869. ***Vergiftung durch eine havarirte Roggenladung.*** *Von **Axel Holsf.** (Tidskrift for den norske Laegeforening. 1894. 1. Mai — Centralbl. f. innere Med. 1894.)*

Ein Frachtschiffer war beauftragt, eine grössere Menge Roggen, der bei einem Schiffbruche in's Meer gefallen war und circa 6 bis 7 Monate im Wasser gelegen hatte, aufzupumpen und fortzufahren. Der Schiffer verstaute den Roggen im Raum seines Schiffes, bekam aber Schmerzen in den Lungen und musste alle 5—10 Minuten frische Luft schöpfen. Ausser ihm war sein 11jähriger Sohn an Bord. Dieser hatte 2½ Stunden ohne Pausen Wasser gepumpt. Er ging in die Abseite, wo der Herd stand, um Kaffee zu kochen. Diese Abseite war durch eine etwas undichte Bretterwand von dem Laderaum getrennt. Da der Knabe nach 15 Minuten nicht wieder kam, ging man ihm nach und fand ihn todt am Boden der Abseite liegen. Aus begleitenden Umständen ging hervor, dass der Tod sehr plötzlich eingetreten war. Die Section ergab als Todesursache Erstickung. Die Ursache wurde in vom Roggen ausgehenden giftigen Gasen, Kohlensäure, Schwefelwasserstoff, Schwefelammonium gesucht. Eine starke Opposition erhob sich dagegen in der Presse und behauptete, der Knabe sei an Ueberanstrengung gestorben.



Zur Klärung der Sache wurde Verf. mit der Untersuchung des Roggens betraut. Verf. fand den Roggen in stärkster Gährung, der ihn überziehende Schleim war mit Gasblasen durchsetzt. Diese Gase bestanden aus 50—87% Kohlensäure, Spuren von Schwefelammonium, der Rest war reiner Stickstoff. Auch im Experiment wurde festgestellt, dass die Gase erst entwichen, wenn der Roggen geschüttelt wurde. Auffällig war das auch vom Verf. an sich beobachtete Symptom der beginnenden Kohlensäurevergiftung: die Augenschmerzen. Auch im Thierversuch wurde die Giftigkeit der Gase nachgewiesen. Fraglich blieb nun nur die Thatsache, weshalb der Knabe starb, und der Vater, der direct in dem Laderaum gewesen war, nur geringe Störungen seines Befindens zeigte. Der Verf. bewies im Thierversuch mit weissen Mäusen, dass erstens jüngere Individuen sehr viel weniger tolerant gegen Kohlensäureeinflüsse sind als erwachsene, und vor Allem, dass der Einathmung vorangegangene starke Körperbewegung eine enorme Schädigung der Widerstandskraft gegen Kohlensäurevergiftung bewirkte. Deshalb nimmt er an, dass der Knabe sowohl durch sein Alter als die vorangegangene längere schwere Arbeit so für eine Kohlensäurevergiftung disponirt war, dass die relativ geringen in die Abseite gedrungenen Mengen genügten, seinen Tod herbeizuführen. Im Experiment konnte Verf. die von anderer Seite behauptete Thatsache, dass der Roggen als auch Futter giftig gewirkt habe, nicht bestätigen. Als Ursache der Gärung gelang es, einen mittelgrossen Bacillus mit Sporen und Eigenbewegung, der sich nach *Gram* färbte und „Trommelschlägelform“ hatte, zu isoliren. Die Bacillen bilden auf kohlehydrathaltigem Nährboden, auf dem allein sie wachsen, Kohlensäure, Buttersäure und mitunter Wasserstoff. Verf. hält sie für identisch mit dem Bacillus butyricus von *Botkin*.

Literatur.

870. ***Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters.*** *Von Dr. **Ferdinand Karewski**, Berlin. Mit 325 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.*

Das vorliegende Werk ist in der deutschen Literatur die erste gesonderte Darstellung der chirurgischen Krankheiten des Kindesalters in Form einer selbstständigen Publication. Verf., der sich längere Zeit hindurch mit den Affectionen des Kindesalters als Assistent des Professor Dr. *Israel* beschäftigt hat, bringt im vorliegendem Werke die Fortschritte der modernen Chirurgie in Bezug auf die im Kindesalter auftretenden chirurgischen Krankheiten zur vollen Geltung. Die Eintheilung des Stoffes wurde nach der Ueberzeugung des Verf., dass die Differenzen der Chirurgie des Kindesalters von der Gesammtchirurgie sich aus der verschiedenen Reaction der jugendlichen und der Gewebe der Erwachsenen auf die gleichen Schädlichkeiten herleiten, vom ätiologischen Gesichtspunkte aus durchgeführt. Nachdem Verf. im ersten Capitel den Begriff der chirurgischen Krankheiten des Kindes und die grundlegenden Unterschiede im Verlauf derselben darstellt, bespricht er im zweiten Capitel die Untersuchung des Kindes, im dritten Capitel die Narcose. In diesem Capitel schildert Verf. auf Grund seiner Erfahrungen die Einwirkung



der gebräuchlichen narcotischen Mittel während des Kindesalters, die Verfahren zur Ausführung der Narcose, sowie der localen Anästhesie. Capitel 4 schildert die Operationen im Allgemeinen, Blutstillung, Antisepsis und die Wundbehandlung. Der übrige Theil des Werkes enthält in weiteren acht Capiteln die specielle Chirurgie des Kindesalters. Auf modernem Standpunkte stehend, behandelt Verf. die krankhaften Processe und deren Behandlung als: Acute Wundinfectionskrankheiten; Infectionen einzelner Gewebe durch den Eitercoccus und diesen verwandte Processe (Mischinfectionen); Infectionskrankheiten mit chronischem Verlauf (Syphilis, Tuberculose); Verletzungen; angeborene Missbildungen; Störungen des Wachsthums und der Entwicklung; die Geschwülste. Selbstverständlich findet neben der operativen Behandlung auch die orthopädische, deren Wirkungsgebiet ja in erster Linie die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters bilden, eingehendste Berücksichtigung, ebenso bei den angeborenen Missbildungen, die Gesichtsspalte, Hypospadie, Phimosis, Atresia ani, Inguinalhernien, Polydaktylie etc. So bildet das vorliegende Werk einen vollgiltigen Beweis für die Nothwendigkeit, den chirurgischen Krankheiten des Kindesalters eine vom einheitlichen Gesichtspunkte durchgearbeitete Darstellung zu widmen, zugleich auch einen vollständigen Lehrer und Berather auf diesem Gebiete. Zahlreiche Illustrationen unterstützen die Darstellung. Ueberdies verleihen die sorgfältigen Literaturangaben dem Werke den Werth eines gründlichen und vollständigen Handbuches auf dem von ihm behandelten Gebiete. —*lm.*

871. ***Statistischer Sanitätsbericht der k. u. k. Kriegsmarine für die Jahre 1892 und 1893.*** *Im Auftrage des k. u. k. Reichs-Kriegs-Ministeriums (Marine-Section) zusammengestellt von Dr.* ***Rudolf Fischer,*** *k. u. k. Linienschiffsarzt. Wien 1894, in Commission bei Wilhelm v. Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhandlung.*

Es liegt uns diesmal der statistische Sanitätsbericht der k. u. k. Kriegsmarine vom k. u. k. Linienschiffsarzt *Rudolf Fischer* für die beiden Jahre 1892 und 1893 bearbeitet vor. Die nach der Anordnung des Materiales den früheren Berichten sich anschliessende Darstellung gestattet einen eingehenden Einblick in die Gesundheitsverhältnisse der zu Lande und zur See befindlichen Marine, sowie über den Krankenstand der einzelnen Dienstesstationen, ferner bei den einzelnen Standesgruppen, bei den einzelnen Schiffsgruppen, sowie der Schiffe in Mission ausserhalb des Mittelmeeres. Sowohl das Jahr 1892 als auch das Jahr 1893 ergaben bei der gesammten Kriegsmarine einen geringeren durchschnittlichen Krankenstand als das Jahr 1891. Von je 1000 Mann waren im Jahre 1891 40, im Jahre 1892 38 und im Jahre 1893 32 Mann erkrankt; auch die durchschnittliche Krankheitsdauer bei der gesammten Marine ergibt eine sich von Jahr zu Jahr vermindernde Zahl. Während im Jahre 1892 die Gruppe der „Zöglinge“ und „Jungen“ wie in den Vorjahren den höchsten täglichen Krankenstand von 63·29% hatte, zeigt diese Gruppe im Jahre 1893 eine auffallende Verringerung des Krankenstandes um mehr als 100%, i. e. 31·21% gegen 63·29%. Wäre dieser Abfall in einer methodischen, allmäligen Heranbildung des jugendlichen Alters zu den schweren Aufgaben des Schiffsdienstes begründet, und nicht etwa blos günstiger Zufall, dann wäre ein solcher Erfolg mit Anerkennung zu begrüssen. Von Schiffen in Mission zeigte den höchsten Krankenstand im Jahre 1892 Sr. M. Schiff „Saida“ und im Jahre 1893 S. M. Schiff „Kaiserin Elisabeth“, was durch die auffallende Vermehrung



der Wechselfiebererkrankungen, bedingt durch den Aufenthalt in den chinesischen Häfen als notorischen Malariaherden, hervorgerufen erscheint. Leider verbietet uns der Raum, auf die zahlreichen interessanten Einzelheiten des Sanitätsberichtes einzugehen; wir wollen nur am Schlusse hervorheben, dass aus demselben deutlich zu ersehen, dass den sanitären Bedürfnissen der Angehörigen der k. u. k. Kriegsmarine mit eingehender Sorgfalt Rechnung getragen wird, und dass demgemäss die Sanitätsverhältnisse daselbst in steter Besserung fortschreiten. *Loebisch.*

872. ***Handbuch der Ohrenheilkunde.*** *Bearbeitet von Prof. Berthold (Königsberg), Prof. Bezold (München), Prof. Bürkner (Göttingen), Prof. Gad (Berlin), Prof. Gradenigo (Turin), Prof. Habermann (Graz), Prof. Hertwig (Berlin), Dr. Hessler (Halle), Prof. Kessel (Jena), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Kirchner (Würzburg), Prof. Kuhn (Strassburg), Dr. Magnus (Königsberg), Dr. Meyer (Kopenhagen), Dr. Moldenhauer (Leipzig), Prof. Moos (Heidelberg), Dr. Mygind (Kopenhagen), Prof. Schwartze (Halle), Prof. Steinbrügge (Giessen), Prof. Trautmann (Berlin), Prof. Urbantschitsch (Wien), Prof. Wagenhäuser (Tübingen), Prof. Walb (Bonn) und Prof. Zuckerkandl (Wien). Herausgegeben von Prof. Dr. **Hermann Schwartze,** königl. preuss. geheimer Medicinalrath und Director der k. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. Zwei Bände. Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig. Preis 55 Mark. Besprochen von Dr. Sigismund Szenes in Budapest.*

(Schluss.)

Im 9. Abschnitte bespricht *Hessler* auf kaum 25 Seiten zufolge mehr als 350 angeführten literarischen Aufsätzen die letalen Folgeerkrankungen bei Ohraffectionen. Nach kurzen statistischen Mittheilungen über die letalen Folgeerkrankungen im Allgemeinen werden nun die Sinusthrombose und Sinusphlebitis, ferner die tödtlichen Blutungen aus der Carotis, aus dem Sinus transversus und aus der Vena jugularis interna und die otitische Meningitis verhältnissmässig ziemlich kurz, die otitischen Hirnabscesse hingegen recht ausführlich beschrieben. — *Holger Mygind* beschreibt im 10. Abschnitte auf 30 Seiten die Taubstummheit, indem er die Aetiologie und Pathogenese, die pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung derselben mittheilt. Als ätiologische Momente erwähnt *Mygind* die socialen und hygienischen Verhältnisse, die Erblichkeit, den Altersunterschied und die Krankheiten der Eltern, die infectiösen Krankheiten und endlich die Ohrenkrankheiten. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen beziehen sich auf das äussere Ohr, auf die Paukenhöhle, auf das innere Ohr und auch auf Veränderungen der übrigen Organe. Als wichtigere Symptome finden die Gleichgewichtsstörungen, die Veränderungen im Ohr, das Zurückbleiben der durch Taubstummheit hervorgerufenen geistigen Entwicklung und überhaupt die durch dieselbe verursachte Verminderung der Widerstandsfähigkeit im Allgemeinen ihre Erwähnung. — Wir finden somit in diesem Abschnitte das betreffende Thema recht eingehend erörtert. — Im 11. Abschnitte befinden sich Prothese und Correctionsapparate von *Berthold* beschrieben. Nach einem kurzen historischen Ueberblicke folgt die Schilderung der physikalischen und physiologischen Zwecke dieser Apparate und hierauf eine Beschreibung der häufigst gebrauchten Apparate, wie dieselben für die aëro-tympanale und osteotympanale Leitung bestimmt sind; endlich wird das künstliche Trommel-

fell und die eben von *Berthold* so häufig angewandte Myringoplastik erwähnt, welch letztere recht eingehend und ausführlich mitgetheilt wird.

Der 12. Abschnitt enthält die Operationslehre von *Schwartze*. Es ist dies der grösste Abschnitt des Werkes und in einer meisterhaften Weise ausgearbeitet, wie dies sicherlich nur von einem solchen Operateur, wie *Schwartze*, zu erwarten ist, dem es übrigens gelungen ist, eben durch seine operativen Leistungen der Ohrenheilkunde den ihr gebührlichen Nimbus im Staate der Medicin zu erringen. Nachdem die Desinfectionstechnik und die zu den operativen Eingriffen unbedingt nothwendige Anästhesie erläutert werden, folgt immer die Beschreibung des betreffenden operativen Verfahrens, indem seine Indicationen und die verschiedenen Methoden einzeln angeführt sind, wobei uns *Schwartze* immer auch noch an die eventuellen Zufälle während der Operation erinnert, die fachgemässe Nachbehandlung erklärt und schliesslich den therapeutischen Werth des Eingriffes vom kritischen Standpunkte abschätzt. Selbstverständlich muss einer solchen Arbeit selbst die strengste Kritik das beste Urtheil zollen, umso eher, wenn man sieht, dass der Autor in der objectivsten Weise die Ansichten anderer Autoren bespricht und stellenweise überaus instructive Fälle aus seiner eigenen Praxis anführt. — Die einzelnen Operationen sind nun für folgende Krankheiten angeführt: die congenitalen Bildungsfehler der Ohrmuschel, die verschiedenen Tumoren derselben; congenitale und acquirirte Atresien des äusseren Gehörganges; Polypen, Exostosen und Fremdkörper im äusseren Gehörgange; Paracentese des Trommelfells; Tenotomie des Tensor tympani und Stapedius; Synechien des Trommelfells; Excision der Gehörknöchelchen; operative Freilegung des Atticus tympanicus; operative Eröffnung des Warzenfortsatzes (auf 50 Seiten am ausführlichsten mitgetheilt); endlich das operative Verfahren bei Phlebitis des Sinus transversus ex otitide und bei otitischen Hirnabscessen.

Den Abschluss des Werkes bildet im 13. Abschnitte die Geschichte der Ohrenheilkunde von *Wilhelm Meyer*. In derselben werden 3 Perioden unterschieden: 1. die Periode der vorherrschenden Mystik, welche bis zum Anfange des 16. Jahrhunderts währte, 2. die Periode der Aufklärung, dieselbe umfasst die Zeit von 1500—1821 und brachte den Catheterismus der Tube, die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes und die künstliche Perforation des Trommelfells; 3. die wissenschaftliche Periode, welche mit dem Jahre 1821 seit *Itard* beginnt. Die 40 Seiten geben ein getreues Bild der Entwicklung der Specialität und rufen aufmerksam verfolgt unwillkürlich die Schlussworte *Meyer's* in's Gedächtniss: Wir sind noch weit vom Ziel, aber wir sind auf rechtem Wege.

Und wenn wir nun einen kurzen Ueberblick auf den gehaltvollen Inhalt des ganzen Werkes werfen, so müssen wir die im Vorwort stehenden Worte *Schwartze's* vollauf bekräftigen, dass das Buch dereinst der Nachwelt ein vollständiges und treues Bild des gegenwärtigen Standes der Ohrenheilkunde darbieten wird, denn jeder Abschnitt bringt stets bis zur jüngsten Zeit ein vollständiges Literaturverzeichniss und ist auf Grund richtiger und genau angeführter Citate bearbeitet worden. — Es fragt sich nun, wem das Buch zu empfehlen wäre. Ohrenärzten dasselbe zu empfehlen wäre ganz überflüssig, da es sicherlich in keiner solchen Bibliothek fehlen wird. Doch wenn man bedenkt, dass der modern denkende praktische



Arzt mit den Elementen der Otologie doch bekannt sein muss, so müssen wir nur bemerken, dass der stattliche Umfang Niemanden abschrecken möge und sicherlich wird's kaum Jemand bereuen, wenn er die freie Zeit der Lectüre dieses Werkes widmen wird, wo er beim Nachschlagen zwar eingehenden, doch umso richtigeren und klareren Erläuterungen begegnen wird. Es wäre doch der einzig wohlverdiente Lohn für die wissenschaftlichen Leistungen des unermüdlichen Herausgebers und sämmtlicher Mitarbeiter, wenn das Werk in den weitesten Kreisen Eingang finden würde. — Druck und Ausstattung des Buches sind recht geschmackvoll und gereichen der altbewährten Verlagsbuchhandlung nur zur grössten Achtung und Ehre.

Sitzungsberichte.

873. ***Ueber ulceröse Endocarditis und fibröse Myocarditis in Zusammenhang mit acutem Gelenkrheumatismus.*** *Von Geheimrath Prof. Leyden. Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin den 2. Juli 1894. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 29.)*

Im vergangenen Jahre hat Verf. über ulceröse Endocarditiden gonorrhoischen Ursprungs Mittheilungen gemacht. Gegen seine Fälle ist nun der Einwurf erhoben worden, dass sie wegen des mangelnden Culturverfahrens nicht als beweiskräftig anzusehen sind; indessen muss er betonen, dass die von ihm gefundenen Thatsachen durch diesen Einwurf nicht entkräftet werden, da der mikroskopische Nachweis von intercellulären Gonococcen die Diagnose über allen Zweifel sichere. Inzwischen sind von *Councilman* gleichsinnige Beobachtungen veröffentlicht worden, und *Bordone-Uffreduzzi* hat zwar nicht im Endocard, aber in einem pleuritischen Exsudat Gonococcen gefunden, ein Beweis mehr für den Eintritt dieser Organismen in die Blutcirculation.

Er selbst hat im vorigen Winter alle zur Section gekommenen Fälle von ulceröser Endocarditis bacterioskopisch untersucht und dabei recht interessante und wichtige Thatsachen constatiren können. Die ersten Kenntnisse über Endocarditis nach acuten Infectionskrankheiten verdanken wir *Bouillaud*, der diese Lehre durch eine Reihe von Arbeiten aus den Jahren 1824—1832 begründet und zuerst den Zusammenhang von Rheumatismus und Herzaffectionen erkannt hat. Nach ihm hat *Virchow* gelegentlich seiner fundamentalen Untersuchungen über Embolie die Endocarditis in den Kreis seiner Erörterungen gezogen. Im Jahre 1852 hat dann *Kirchs* in einer ausgezeichneten Arbeit den Grundstein zur Klinik der genannten Krankheit gelegt. Auf diesen Grundelementen, denen noch eine Arbeit von *Lancereaux* zugezählt werden darf, baute sich rasch die Lehre von der Endocarditis auf, an deren Entwicklung Verf. selbst in einigen aus den 80er Jahren stammenden Arbeiten Theil genommen hat. Im Jahre 1872 wurden von *Heiberg* zum ersten Male in den Vegetationen der Herzklappen Mikroorganismen nachgewiesen, als der eigentliche Entdecker des bacteriden Charakters der Endocarditis muss aber *Klebs* angesehen werden, der 1878 seine dahingehenden Mittheilungen publicirt hat. Er unterschied zwei Formen der Endocarditis, eine septische und eine monadistische, eine Eintheilung, die sich, besonders was die monadistische Form anlangt, nicht als stichhaltig erwiesen hat. Der Kern seiner theoretischen Ausführungen hat sich jedoch



vollauf bestätigt; durch eine Reihe von Arbeiten kann jetzt der bacterielle Charakter der ulcerösen Endocarditis als bewiesen angesehen werden. So fand *Weichselbaum* im Endocard verschiedene Species von Streptococcen, *Netter* Pneumococcen und Bacterium coli commune, *Heller* Tuberkelbacillen und Verf. selbst bei einer nach Pneumonie aufgetretenen Endocarditis sichere Pneumococcen. Die klinischen Beziehungen des Gelenkrheumatismus zur Endocarditis sind sattsam bekannt. Weniger klar sehen wir in ätiologischer Beziehung; wir kennen den Infectionserreger der Polyarthritis bislang noch nicht. Für gewöhnlich ist die den Gelenkrheumatismus begleitende Endocarditis von gutartigem Charakter; gar nicht selten wird man auf ihr Vorhandensein erst durch einen schon ausgebildeten Klappenfehler aufmerksam gemacht. Die seltenen Formen von septischer ulceröser Endocarditis, die sich mit Polyarthritis gelegentlich compliciren, sind wahrscheinlich auf eine Mischinfection zu beziehen; wenigstens wird diese Annahme durch sehr gravirende Umstände gestützt. So hat *Weichselbaum* in den Klappenvegetationen derartiger Fälle sieben verschiedene Coccenarten nachgewiesen. *Goldscheider* fand in einem im Anschluss an Polyarthritis aufgetretenen pleuritischen Exsudat eigenthümliche Coccen und *Sahli* gleichartige Gebilde in dem Blute eines Polyarthritikers mit complicirender Pericarditis und Pleuritis. Verf. selbst hat im vorigen Winter, der durch besonders bösartige Formen von Polyarthritis ausgezeichnet war, in sechs Fällen Gelegenheit gehabt, genaue mikroskopische Untersuchungen anzustellen.

Im ersten Fall handelte es sich um einen 20jährigen Arbeiter, der bereits früher an Gelenkrheumatismus gelitten hatte und etwa drei Wochen vor seiner Aufnahme an einer rheumatischen Angina und Gelenkschmerzen wieder erkrankte. Unter Fieber, Erscheinungen einer Aorteninsufficienz und Schüttelfrösten kam er zum Exitus. Es fand sich eine ulceröse Endocarditis der Aortenklappen; das Culturverfahren misslang, dagen fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung zahlreiche, zu Diplococcen angeordnete, zarte Mikroorganismen. Der zweite Todesfall betraf eine mit Chorea complicirte Polyarthritis, die klinisch keine abnormen Herzphänomene dargeboten hatte. Anatomisch fand sich eine Pericarditis und verrucöse Endocarditis, sowie punktförmige Hämorrhagien im Centralnervensystem, in welchem die gleichen coccenförmigen Gebilde wie oben eingelagert waren. Der dritte Fall schliesst sich eng an den ersten an. Klinisch bestanden pfeifende, systolische und diastolische Geräusche, Dyspnoe und Fröste; anatomisch eine ulceröse Endocarditis der Aorta und Mitralis mit dem gleichen mikroskopischen Befund wie im ersten Fall. Im vierten Fall handelte es sich um eine alte Endocarditis, die zu einer Embolie der linken A. fossae Sylvii mit consecutiver Aphasie geführt hatte. Mikroorganismen waren hier nicht aufzufinden. Ein gleich negatives Resultat ergab die Untersuchung eines fünften Falles von Chorea und Gelenkrheumatismus, bei dem das Endocard frei, dagegen starke fibröse, myocarditische Veränderungen gefunden wurden. Im sechsten Fall endlich bestanden die Zeichen einer Aorteninsufficienz neben Fieber und Dyspnoe. Die Section ergab eine ulceröse Endocarditis der Aorta, aus deren Vegetationen *Klemperer* Reinculturen der oben beschriebenen zarten Diplococcen züchten konnte. Der Verf. ist geneigt, die besagten Diplococcen zur Polyarthritis in eine nahe Beziehung zu setzen, wenn er auch freilich nicht so weit gehen will, sie als die specifischen Infectionserreger des acuten Gelenkrheumatismus anzusprechen.



***Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau** kosten 36 kr. = 60 Pf.*
Einbanddecken** für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. **mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

874. *Neuere Untersuchungen über Diphtherie-Immunisirung und Heilung.*

A. Resultate des *Behring-Ehrlich*'schen Heilserum. (Deutsche med. Wochenschr. 1894, 22 und 23. — Arch. f. Kinderhk. Bd. XVII, pag. 44.)

I. Aus dem Elisabeth-Krankenhause in Berlin. Von Doctor *Schubert*. Vom 5. Februar bis 4. Mai d. J. 34 Kinder behandelt, davon 30 tracheotomirt; es genasen 28 Kinder, 6 starben. Es wurden in dem genannten Zeitraum alle Kinder ohne Ausnahme mit dem Heilserum behandelt, gleichviel, ob sie leicht oder schwer erschienen. Die localen Erscheinungen im Mund, Rachen und Nase besserten sich schnell, frappanter noch schien die Einwirkung auf das Allgemeinbefinden und die Herzschwäche. Nachtheilige Wirkungen wurden nie gesehen. 6mal traten nach der Injection Exantheme auf, die jedoch ausser leichter Temperatursteigerung nicht mit weiteren Krankheitserscheinungen verbunden waren. Von Nachkrankheiten wurde — mit Ausgang in Genesung — 2mal hämorrhagische Nephritis beobachtet. Die Injectionen wurden subcutan in den Oberschenkel gemacht. „Das beobachtete Material ist noch zu klein, um sichere Schlüsse über den Werth der Serumtherapie ziehen zu können."

II. Aus dem städtischen Krankenhause am Urban in Berlin (Dir. Dr. *Körte*). Von Dr. *Voswinkel*. Vom 20. Januar bis 22. März d. J. 60 Kinder behandelt. Die Fälle werden eingetheilt in schwere, mittelschwere und leichte. Von den 30 schweren Fällen wurden geheilt 15 = 50%, von den 16 mittelschweren 13 = 81%, von den 14 leichten 14 = 100%, insgesammt von 60 Fällen 42 = 70%. Der Procentsatz der Heilungen betrug im Jahre 1890: 55·7%, 1891: 55·6%, 1892: 56·6%, 1893: 51·7%. Es ist also eine Steigerung der Heilungen von circa 14% gegen 1893 sogar von 18% zu constatiren. Tracheotomirt wurden von den mit Serum behandelten Kindern im Ganzen 20 und davon geheilt 9 = 45% gegen 26% im Vorjahre. Die Besserung des Allgemeinbefindens war nach den Injectionen ausserordentlich, während ein besonderer Einfluss auf die Lösung der Membranen nicht beobachtet werden konnte. Eine schädliche Wirkung des Serums, auch bei grösseren Gaben, wurde nie bemerkt. Nur in einigen wenigen Fällen bildeten sich in der Umgebung der Einstichstelle urticariaähnliche Quaddeln, die aber bald ohne Zuthun verschwanden. — In einem Nachwort weist *Körte* darauf

hin, dass, je eher die Behandlung mit Heilserum einsetzt, desto besser die Erfolge sind. Besonders bei den schweren Fällen war es auffallend, dass von 12 innerhalb der ersten 3 Tage behandelten 11 geheilt wurden. Als sehr bemerkenswerth erschienen ferner die Erfolge bei den Kindern im 2. Lebensjahre — auf 5 Kranke 5 Heilungen!

B Diphtherie-Antitoxin von Dr. *Hans Aronson* (Berliner klin. Wochenschr. 1894. Ibidem. 18 und 19.)

Im Anschluss an seine vorjährigen Mittheilungen publicirt *Aronson* nunmehr seine Methode zur Darstellung des Antitoxins aus Blutserum und die praktische Verwendung desselben. *Aronson* wurde zu seiner Methode geführt durch Beobachtungen, die er bei Versuchen über die Filtration bacterienhaltiger Flüssigkeiten durch colloidale Thonerde gemacht hatte. Dieselben ergaben, dass man Flüssigkeiten, welche reich an Bacterien sind, mittelst Filtration durch eine nicht zu dünne Schicht frisch gefüllten Aluminiumhydroxyds sterilisiren kann. Es gelang von sporenhaltigen Tetanusculturen in kurzer Zeit grosse Mengen absolut keimfreien Filtrats zu erlangen. Im Gegensatze zu einer mittelst Filtration durch eine Chamberlandkerze keimfrei gemachten Bouillon zeigte sich dasselbe jedoch völlig ungiftig. Weitere Experimente lehrten, dass die frisch gefällte Thonerde nicht etwa das empfindliche Bacterientoxin zerstört, sondern nur zurückhält. Es kommt also der colloidalen Thonerde die Eigenschaft zu, bei der Filtration durch nicht zu dünne Schichten sehr grosse Mengen — toxische Bacterienproducte enthaltende — Bouillon völlig zu entgiften. — Dieses Princip übertrug *Aronson* auf die Antitoxindarstellung mit günstigem Resultate. Bei der Filtration des Serums eines gegen Diphtherie immunisirten Hundes wurde der grösste Theil der immunisirenden Substanz durch das Aluminiumhydroxyd zurückgehalten und der Schutzwerth des Filtrates war ausserordentlich gering. Da nun die Ergebnisse wechselten je nach der Menge und Dicke der Thonerdeschicht, die bei dieser Art des Vorgehens nur schwer gleichmässig zu gestalten ist, ging *Aronson* dazu über, die Thonerde in der antitoxinhaltigen Flüssigkeit durch Zusatz von Aluminiumsulfat und Ammoniak zu erzeugen. In dem so gefällten Aluminiumhydroxyd ist dann fast die gesammte Antitoxinmenge enthalten.

Aronson hat seit dem November 1892 in über 100 Fällen die Immunisirung diphtheriebedrohter Kinder ausgeführt. Mit Ausnahme eines einzigen Falles, in dem ein unzulängliches Material zur Anwendung kam, ist niemals eine Erkrankung der geimpften Kinder eingetreten. Verwendet wurde zur Immunisirung eine Antitoxinlösung, von der 0·005 Ccm. die bekannte Diphtheriegiftdosis unwirksam macht. Hiervon erhielten Kinder von 0—2 Jahren $^1/_2$ Ccm., grössere Kinder und Erwachsene 1 Ccm. Die Injection, welche meist unter die Brust- oder Rückenhaut ausgeführt wurde, ist niemals von irgend welchen störenden allgemeinen, noch von irgend welchen localen Beschwerden begleitet gewesen. Der durch Antitoxinzufuhr erreichte Impfschutz unterscheidet sich von der directen, durch irgendwie modificirte und abgeschwächte Bacterienproducte hervorgerufenen Immunisirung (z. B. Pockenimpfung) zum grossen Vortheil dadurch, dass die Impfung ohne jede pathologische Er-

scheinung von statten geht und der Schutz momentan eintritt, zum Nachtheil dadurch, dass die Dauer des Impfschutzes eine kürzere ist. Dieselbe kann verlängert werden durch Zufuhr eines grösseren Multiplum von Antitoxin, als für die Erzielung einer Immunisirung für die erste Zeit sonst nöthig wäre. Es wird sich daher empfehlen, besonders an kleineren Orten, an denen Diphtherieepidemien herrschen, die Injection von Antitoxin nach 3 bis 4 Monaten zu wiederholen, falls dann die Epidemie noch nicht erloschen sein sollte.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

875. ***Ueber das „Bruit de diable" in der Vena cava abdominalis.*** *Von C. Verstraeten, Gent. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 32.)*

Bisher ist allein das Venengeräusch für die Halsvenen allgemeiner bekannt. Einzelne Autoren berichten ferner über Geräusche in der Vena cruralis, in der Vena portae, respective in den venösen Communicationen dieser mit den Venae epigastricae *(Sappey, Davies)*. Alle stimmten jetzt darin überein, dass der Sitz des Geräusches nicht in den Arterien, sondern in den Venen zu suchen ist: Die Untersuchungen des Verf.'s über die Bestimmung des unteren Leberrandes vermittelst Auscultation haben seine Aufmerksamkeit auf verschiedene Thatsachen gelenkt, nämlich folgende: 1. Die anormalen Herzgeräusche, nur an gewissen Stellen hörbar, setzen sich nicht durch die Lebersubstanz fort, sondern nur die Herztöne. 2. Bei gewissen mit häufigen Hämorrhagien verbundenen Magenkrankheiten ist sehr oft links, dicht an der Mittellinie, ein starkes arterielles systolisches Blasen vorhanden (Signum mali ominis). 3. Ein vorzüglich ausgebildetes Nonnengeräusch ist im Epigastrium wahrnehmbar bei einzelnen Anämien. Das abdominale „Bruit de diable" hat einen bestimmten Sitz: man hört es nur im Epigastrium. Verf. fand es in der obersten Hälfte dieser Region zwischen Sternum und Nabel, knapp unter dem Leberrand, und zwar $^1/_2$—1 Cm. rechts von der Mittellinie, als ein meist continuirliches, mehr oder weniger lautes Blasen, oft musikalisch tönend, wellenartig, durch Respirations- und Herzbewegungen stark beeinflusst. Bei anämischen, sehr jungen Kindern hat er das abdominale Nonnengeräusch nicht angetroffen; auch nicht bei abgemagerten Greisen, respective über 60 Jahre alten Personen. Vorzüglich ausgebildet fand er es bei nervösen, anämischen, stark abgemagerten Erwachsenen, besonders Frauen, und zwar nach chronischen Magenkrankheiten, Dyspepsien, Durchfällen, Lungenphthise. Bei Cirrhosis hepatis ist es ihm bisher nicht gelungen, Abdominalblasen nachzuweisen. Sanftes Eindrücken der Bauchwand erleichtert die Wahrnehmung des Symptoms mittelst des Stethoskops. Beim directen Auflegen des Ohres ist das Symptom nicht zu beobachten. Ungeübten kann die Bestimmung des „Bruit de diable abdominal" schwer scheinen, besonders deswegen, weil bei der Untersuchung die Herz- und Arterientöne, die Respirations- und Muskelgeräusche davon getrennt werden müssen. Ebenso wie am Halse, ist das Geräusch auch hier sehr veränderlich, es verschwindet, ohne dass es immer möglich ist, eine Ursache davon

zu finden. Deshalb ist es nothwendig, sich genau die Stelle zu merken, wo es am deutlichsten vorkommt, nämlich mitten im Epigastrium, gerade am unteren Leberrand, rechts von der Medianlinie. Diese Stelle ist genau begrenzt und überschreitet kaum eine Fläche von 1—2 Qcm. Den anatomischen Sitz dieses Phänomens bildet die Vena cava abdominalis dort, wo sie in die Lebersubstanz hineindringt. Compression der Vena cava am Nabel bringt das Geräusch zum Schwinden. Das würde doch wohl nicht möglich sein, wenn die Vena portae oder etwaige andere Venen hier eine Rolle spielten. Das abdominale Nonnengeräusch traf sehr oft mit dem am Halse zusammen; es kamen Fälle vor, wo Nonnengeräusch am Halse wenig, am Epigastrium stark ausgebildet war, und umgekehrt. Die Beschaffenheit und Stärke dieses anormalen Venengeräusches wechseln ausserordentlich, ja das Geräusch war unter Umständen nach sehr kurzer Zeit durch Lageveränderung ganz verschwunden oder umgewandelt. Ein gewisser Grad von Aufregung, wobei das Herz sich schneller und kräftiger bewegt und so eine Beschleunigung des Blutstromes bewirkt, begünstigt die Production des abdominalen Nonnengeräusches. Verf. hat die Kranken in sitzender sowohl als in halbliegender Stellung (im Lehnstuhl) untersucht und in beiden dasselbe Symptom beobachtet, so dass die horizontale Lage zur Constatirung dieses Symptoms nicht nothwendig ist. Das „Bruit de diable“ ist fast immer continuirlich, mit systolischen, besser präsystolischen Verstärkungen verbunden. Die Geräuschverstärkungen treffen, wie für die Halsvenen angegeben, nicht mit der Ventrikelsystole, sondern mit der Vorhofsdiastole zusammen. Die musikalische Accentuation wird gerade vor dem arteriellen Diastolegeräusch gehört. Ein Einfluss der Respiration ist nicht zu leugnen, nicht während der Inspiration, sondern fast immer kurz darauf, ist eine deutliche Verstärkung des abdominalen „Bruit de diable“ zu erkennen. Bezüglich der Qualität erwähnt Verf., dass, wenn er die Vena cava abdominalis so comprimirte, dass das „Bruit de diable“ noch fortbestand, dann der Laut viel schärfer war; ohne Compression war das Geräusch tief, continuirlichem tiefen Blasen vergleichbar, während der Compression blieben die Exacerbationen allein fortbestehen, und zwar als pfeifendes, intermittirendes Geräusch. Niemals hat er ein Schwirren (Frémissement) der Abdominalvenenwände durch Tasten beobachtet. Die Frequenz des Symptoms ist eine sehr häufige. Es wird bei anämischen, abgemagerten, etwas nervösen Personen selten vergebens gesucht werden. —r.

876. ***Beiträge zur Lehre der Sprachstörung Geisteskranker.*** *Von Dr. **Béla Nagy**, Praktikant der psychiatrischen Klinik in Budapest. (Orvosi Hetilap. 1894. 20. 21. — **Pester med.-chir. Presse.** 1894. 35.)*

Die Sprachstörung ist eines der häufigsten Symptome der Psychosen, so dass man kaum auf ein Krankheitsbild stösst, wo sich, sei es in der Tonführung, sei es in der Verbindung der Worte oder im Inhalte der Sprache, nicht Abweichungen vorfinden würden. Verf. theilt 2 Fälle mit, wo eine Inhaltsstörung der Sprache — neue Sprachbildungen — vorliegt: I. 40jähriger Dienstbote, unverheiratet. Die neurotisch belastete Patientin er-



krankte unter maniakalischen Erscheinungen. Es bestehen bei ihr grosse Unruhen, begleitet von Sinnestäuschungen, zeitweilig spricht sie in einer selbstgebildeten Sprache, die folgende charakteristische Züge aufweist; enorm rasches Sprechen, von Gesticulationen begleitet; der Wortschatz ist sehr reichlich, die einzelnen Worte kurz, meistentheils einsilbig, selten 3—4silbig; in der Sprache prävaliren die Hochlaute, was der Sprache eine besondere Lebhaftigkeit verleiht; Alliteration ist häufig zu beobachten; mehrere Consonanten pflegen sich nacheinander nicht anzuhäufen. Patientin vermag Stunden lang zu sprechen, hie und da flicht sie verständliche, der Umgebung entnommene Worte ein; doch alsbald kehrt sie zu ihrer eigenen Sprache zurück. Im Folgenden sei eine Probe ihrer Sprache, sowie sie stenographirt wurde, beigefügt: Hordi bi re, lech kereri gecheri di li lik lud rásztri li. Helo gasztro rak geret gorde leketesré hojej le li le pri destri jig. Mendelii, pedrii tegnap keheri kenderli li i pi. II. 36jähriger Agent, ledig. Patient ist neurotisch belastet, erlitt im 7. Lebensjahre am Kopfe ein Trauma. Es treten epileptische Anfälle auf; später stellen sich Grössenwahnideen ein. Patient vermag sich nicht zu orientiren und die Erscheinungen des Schwachsinnes treten immer mehr und mehr in den Vordergrund. Nun beginnt er in einer eigenen Sprache zu sprechen, die sich durch folgende Züge charakterisirt: Der Wortschatz ist keine 50—100 Worte reich. Patient spricht nicht rasch; vasomotorische Störungen des Gesichtes sind nicht zu beobachten. Hierbei fällt auf, dass die Sprache aus 8—10 Worten, respective aus deren verschiedenen Combinationen besteht; die einzelnen Worte sind sehr lang, 8—10silbig, 1- bis 2silbige kommen kaum vor. In den Worten finden sich gewöhnlich Tieflaute vor, nicht selten herrscht Assonanz vor. Als Sprachprobe sei beigefügt: Veze mi veze mi vidra jedreszma csekem vizmá vezi riszem ne veszem veze de vedri ábroszem vidi á jehorszem veszemderá wodereb jevorszem u. s. w. Sind nun diese Sprechstörungen für manche Krankheitsbilder auch nicht charakteristisch, kann man sich doch nicht davor verschliessen, dass zwischen diesen beiden Sprachweisen ein wesentlicher Unterschied besteht; denn während im ersten Falle die Sprache rasch, der Wortschatz ein reichlicher war, die einzelnen Worte vornehmlich aus Hochlauten bestanden, dieselben Consonanten zu Beginn des Wortes wiederholt wurden, die Kranke ihre eigene Sprache nicht verstand, war im anderen Falle die Sprache eine langsame, wortarme, monotone. Die Angabe des Patienten, er verstünde, was er spreche, lässt vermuthen, dass hier eine intensivere Störung der geistigen Sphäre vorliegt. Die mitgetheilten zwei Fälle bezeugen ferner, dass eine neue Wortbildung nicht nur bei nach Epilepsie eintretendem Stupor, sondern auch bei Maniakalischen zu beobachten sei.

877. ***Ueber einen Fall von primärer systematischer Degeneration der Pyramidenbahnen mit den Symptomen einer allgemeinen spastischen Lähmung.*** *Von Professor* ***Strümpell.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Nervenhk. Bd. V. Heft 2 u. 3. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 31.)*

Die ursprüngliche Vermuthung *Erb's* und *Charcot's*, dass das anatomische Correlat der sogenannten spastischen Spinalparalyse



durch eine primäre Sclerose der Seitenstränge dargestellt werde, ist in den beiden letzten Decennien der Gegenstand lebhafter Discussionen gewesen, ohne dass eine Einigung über die Streitfrage erzielt werden konnte. Von principieller Bedeutung nun scheint eine neuerliche Beobachtung Verf.'s zu sein, welcher die klinischen und anatomischen Charaktere eines mehrere Jahre beobachteten und sorgsam untersuchten Falles schildert. Anatomisch fand sich im Wesentlichen eine primäre isolirte systematische Degeneration beider Pyramidenbahnen vom Grosshirn an bis in's unterste Lendenmark hinein. An den motorischen Ursprungszellen des Grosshirns selbst waren gröbere Veränderungen nicht nachweisbar, dagegen fanden sich deutliche Degenerationen von der inneren Kapsel, also von der Stelle an, wo sich die motorischen Fasern zu einem geschlossenen Bündel vereinigen; und zwar betraf die Erkrankung sämmtliche motorische Fasergebiete, sowohl die Züge für die Extremitäten und den Rumpf, wie die der Gesichts- und Augenmusculatur zugeordneten. Das zweite, peripherische Neuron der motorischen Bahn, welches von den Kernen bis zu den Muskeln reicht, participirte in viel geringerem Grade an der Erkrankung und war in vielen Abschnitten überhaupt nicht in mikroskopisch sichtbarer Weise afficirt. Dem anatomischen Befund stand ein entsprechendes klinisches Verhalten zur Seite. Es bestand nämlich eine totale, die gesammte willkürliche Körpermusculatur betreffende, motorisch-spastische Lähmung ohne jede begleitende Sensibilitäts- und Blasenstörung und auch ohne jede klinisch stärker hervortretende Muskelatrophie. In völliger Reinheit war das Krankheitsbild nur in den früheren Zeiten der Erkrankung zu beobachten, während gegen das Ende die ursprüngliche Rigidität der gelähmten Muskeln einen fortschreitenden Schlaffheit Platz machte. Diese „spätere Schlaffheit" glaubt Verf. darauf beziehen zu dürfen, dass bei der Kranken aller Wahrscheinlichkeit nach in der ersten Zeit ausschliesslich das centrale motorische Neuron, d. h. die Pyramidenbahn im engeren Sinne des Wortes, befallen war, während die krankhaften Veränderungen im zweiten, peripherischen Neuron erst in der Folgezeit sich zu entwickeln begannen. Von besonderer Wichtigkeit erscheint ihm ferner der Umstand, dass an den Muskeln der unteren Extremitäten bereits anatomische Veränderungen nachweisbar waren, trotzdem die motorischen Ganglienzellen im Lendenmark noch ein völlig normales Aussehen bewahrt hatten, und zwar besonders deshalb, weil dieser Befund das von ihm gefundene Gesetz zu bestätigen scheint, dass die ersten anatomisch sichtbaren Veränderungen bei der primären Degeneration der einzelnen Neurone gewöhnlich an dem nucleodistalen Ende hervortreten. Interessant war das Verhalten der Affectbewegungen; während die rein willkürlichen Bewegungen des Mundes schon sehr unvollkommen waren, wurden die Affectbewegungen noch ungemein leicht und in der lebhaftesten Weise ausgelöst. Verf. erklärt sich diese Erscheinung, welche seine Patientin mit sehr vielen Kranken mit gestörter Pyramidenbahninnervation theilt, durch einen Wegfall der normalen motorischen Hemmungen, nicht aber durch eine Steigerung der Affecte selbst. In neurologischer Beziehung rechnet Verf. seinen bemerkenswerthen Fall zur Gruppe der amyotrophischen



Lateralsclerose, trotzdem er in gewissen Zügen von der gewöhnlichen Form differirte. Die differenten Eigenthümlichkeiten bestehen erstens in der völligen Beschränkung der Degeneration auf die eigentlichen Pyramidenbahnen, und ferner in der fast absoluten Vollständigkeit, mit welcher dieses System dem Untergange verfallen war.

878. ***Ueber den bulbären Symptomencomplex im Kindesalter.*** *Von **N. Filatow.** (Medicinskoje Obosrenje. 1894. 1. — Oesterr.-ungar. Centralbl. 1894.)*

Verf. beschreibt einen Fall von Bulbärparalyse, der in seiner Klinik zur Beobachtung kam. Ein Knabe mit klarem Sensorium und normaler Intelligenz zeigte folgenden Symptomencomplex: Leichter Nystagmus, Parese im Gebiete des oberen Facialisastes, Paralyse im Gebiete des unteren und mittleren Astes, die Bewegung der Lippen ist behindert, die Lippenbuchstaben können nicht ausgesprochen werden. Feste Speisen müssen mit der Hand in den Mund geschoben werden, die Kaumuskeln functioniren normal, dagegen kann Patient den Unterkiefer weder seitlich, noch nach vorne bewegen; die Zunge vollkommen unbeweglich, doch nicht atrophisch in Folge dieser Unbeweglichkeit — Anarthrie; das Velum hängt herab, ist ebenfalls unbeweglich; doch trotz der Paralyse der Zunge und des weichen Gaumens ist das Schlucken ungestört. Die elektrische Erregbarkeit im Gebiete des Facialis, des Hypoglossus und der motorischen Zweige des Trigeminus ist normal. Die oberen und unteren Extremitäten sind im spastischen Zustande, Intentionszittern vorhanden. Lähmungen werden nicht beobachtet. — Auf Jodkalium trat erhebliche Besserung ein; die Sprache wurde deutlicher, die Zunge konnte wieder bewegt werden, wenn auch nicht so ausgiebig, wie normal. — Verf. schliesst bei Stellung der Diagnose Neuritis und chronische Basilarmeningitis aus. Der Nystagmus und der Spasmus der Extremitäten lassen sich nicht durch die Annahme einer einfachen Läsion des verlängerten Markes erklären. Verf. ist geneigt, eine disseminirte Sclerose anzunehmen. Die Aetiologie des Falles ist ziemlich dunkel. Da in der Anamnese Hinweise auf hereditäre Syphilis vorhanden sind, da ferner bei dem Patienten eine sehr grosse Milz zu constatiren war, so glaubt Verf., dass möglicherweise die hereditäre Syphilis beschuldigt werden könne; dafür spreche auch die günstige Wirkung des Jodkaliums.

Neuere Arzneimittel.

879. ***Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure.*** *Von **Prof. Albert Landerer,** Leipzig. (Therap. Monatsh. 1894. 2.)*

Verf. hat schon früher darauf hingewiesen, dass das günstigste Ende eines vorgeschrittenen tuberculösen Processes die Narbe ist. Um tuberculös erkrankte Stellen in Narben überzuführen, hat Verf. ebenfalls schon früher die Herbeiführung einer mehr oder weniger acuten Entzündung, und zwar am besten einer aseptischen Entzündung, vorgeschlagen. Für peripherische Theile lässt sich



eine heilende artificielle Entzündung sehr einfach durch die parenchymatöse Injection aseptischer, entzündungserregender Stoffe erzielen. Um auch in inneren Organen eine heilende, in Vernarbung ausgehende und zudem genau dosirbare Entzündung herbeizuführen, hat er zur intravenösen Injection entzündungserregender Stoffe gegriffen, hierzu eignet sich besonders die Zimmtsäure. Die Zimmtsäure, ihre Salze, Alkohole etc. sind namentlich in der vom Verf. verwendeten Concentration (5%) in hohem Grade positiv chemotaktisch, d. h. sie locken sehr stark Leukocyten an. Chronische Tuberculosen mit nicht nachweisbaren Cavernen, wenn auch sehr reichlichem Bacillengehalt und mässiger abendlicher Temperatursteigerung sind ohne Ausnahme bei genügend langer Behandlung zur Ausheilung gekommen. Fälle mit Cavernen ohne wesentliche Temperatursteigerung geben immerhin noch einen erheblichen Procentsatz dauernder Besserungen. Grosse Cavernen mit hohem continuirlichen Fieber sind aussichtslos, wenn auch die meisten Patienten sich subjectiv erleichtert fühlen. Eine fast ebenso ungünstige Prognose geben die Fälle acuter Phthise („galoppirender“ Schwindsucht) bei jungen Leuten, wo die Krankheit mit hohem Fieber und rasch sich entwickelnden Verdichtungen einsetzt. Auch zwei Fälle von Darmtuberculose bei Erwachsenen und ein Fall von Tabes mesaraica bei einem Kinde wurden der Behandlung unterworfen; dieselben sind geheilt; ein Fall von Urogenitaltuberculose wurde wesentlich gebessert. Auch bei der Behandlung der chirurgischen Tuberculose wurden meist gute Resultate erzielt. Ein Concurrent der Zimmtsäure ist hier das Jodoform, doch zieht Verf. erstere vor, weil die Erscheinungen bei der Injection mildere sind. Die Zahl der Injectionen muss allerdings grösser sein als beim Jodoform, mindestens zweimal in der Woche, wenigstens anfangs. Bezüglich der Zimmtsäureinjectionen kommt es besonders darauf an, ein tadelloses Präparat zu benutzen. Verf. benutzt eine Zimmtsäureemulsion, welche nach folgender Formel angefertigt wird: Rp. *Acidi cinnamylici subtiliter pulverati 5·0, Ol. Amygdalarum dulcium 10·0, Vitelli Ovi No. I Sol. Natri chlorat. (0·7%) q. s. u. f. emulsio 100·0.*

Nachdem die Zimmtsäure in der Reibschale fein zerrieben ist, wird dieselbe mit etwas Ol. Amygdal. auf das Feinste verrieben, hierauf der Rest des Oeles hinzugegeben, dann das vom Chalazion befreite Eigelb unter beständigem Reiben zugesetzt und schliesslich die Kochsalzlösung tropfenweise unter fortdauerndem Umrühren hinzugefügt, bis das Gewicht von 100 Grm. erreicht ist. Nachdem die fertige Emulsion eine Stunde lang gestanden hat, wird dieselbe durch Zusatz von 7·5% Natronlauge deutlich alkalisch gemacht. Zu 1 Ccm. der Emulsion werden im Durchschnitt 5 Tropfen Natronlauge gebraucht. Die saure Emulsion hält sich wochenlang steril, nicht so die alkalische. Da dieselbe nicht sterilisirt werden kann, so empfiehlt es sich, stets nur so viel Emulsion zu alkalisiren, als man in den nächsten Stunden braucht. Zur intravenösen Injection bedient man sich einer *Pravaz*'schen Spritze, die zu keinem anderen Zwecke benutzt wird. Ist der Stempel undicht, so bleibe sie eine Nacht hindurch mit Salicylöl (1 : 100) gefüllt stehen. Vor dem Gebrauch wird sie mit Alkohol gereinigt,

die Canülen ein Viertelstunde lang vor dem Gebrauch in Alkohol gelegt. Vor und nach dem Gebrauch werden Spritze und Canüle mit 0·7% Kochsalzlösung ausgewaschen. Nachdem eine Gummibinde, wie beim Aderlass, um den Arm gelegt, wird nach Reinigung der Haut die Injection in die Vene der Ellbogenbeuge oder in die Ven. cephalica gemacht, wobei die flach gehaltene Spritze fast parallel zur Vene unter geringem Winkel eingestochen wird. Die Gummibinde wird nach 1—2 Minuten entfernt; auf den Stich kommt etwas sterilisirte oder Sublimatgaze. Was die zu injicirende Dosis anlangt, so ist dieselbe um so kleiner zu wählen, je ausgedehnter der tuberculöse Process ist. Unter allen Umständen ist mit kleinsten Dosen, etwa $^1/_2$ Theilstrich der *Pravaz*'schen Spritze, zu beginnen und bei sehr schweren Fällen ist die 5% Emulsion mit 0·7% Kochsalzlösung zu verdünnen auf $2^1/_2$—1% und hiervon $^1/_2$—1 Theilstrich zu injiciren. Jede sprungweise Steigerung der Dosis ist zu vermeiden; man steige für gewöhnlich nur um $^1/_2$, höchstens um 1 Theilstrich. Bei den meisten Patienten dürften Dosen von 0·25—0·4 Ccm. genügen; nur bei besonders kräftigen Individuen darf ausnahmsweise bis auf 0·8—0·9 Ccm. gestiegen werden; bei vorgeschrittenen Fällen wird man bei 0·1—0·15 Ccm. stehen bleiben. Verf. injicirt meist zweimal wöchentlich; die besten Resultate wurden jedoch erzielt, wenn jeden zweiten Tag 0·1—0·2 Ccm. injicirt wird. Bei Kehlkopftuberculose sind neben intravenösen Injectionen Pinselungen mit alkoholischer Zimmtsäurelösung (1:20) oder mit einer Aufschwemmung von 1 Zimmtsäure in 20—10 Glycerin nothwendig. Bei Tuberculose der Gelenke wird direct in die fungösen Massen injicirt. Man beginnt mit 0·1 Ccm. und steigt allmälig auf 0·4—0·5. Die Injectionen werden jeden zweiten bis vierten Tag ausgeführt. Ehe eine neue Injection gemacht wird, müssen die mitunter nach der Injection entstehende Schmerzhaftigkeit und Schwellung verschwunden sein. Tuberculöse Abscesse werden mit dem Troicar punctirt, mit sterilisirter 0·7% Kochsalzlösung ausgewaschen und dann mit 5—30 Ccm. gut sterilisirten Zimmtsäure-Glycerins (1:20—1:10) injicirt. Die Oeffnung wird durch die Naht geschlossen.

880. ***Salolüberzug für Dünndarmpillen.*** *Von Dr. G. Oeder. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 15. — Centralbl. f. klin. Med. 1894. 36.)*

An Stelle der Keratinhülse, deren Unzulänglichkeit für Pillen, die erst im Darm gelöst werden sollen, nachgewiesen worden ist, empfiehlt Verf. einen Ueberzug von Salol. Die Versuche, die Verf. angestellt hat, um die Tauglichkeit dieses Körpers nachzuweisen. sind ausserordentlich umsichtig und in grosser Zahl vorgenommen worden, sind zum Theil nur in technischer Beziehung interessant und können daher hier übergangen werden. Es sei hier nur bemerkt, dass der Ueberzug der Pillen derart hergestellt wird, dass Salol bei gelinder Wärme zum Schmelzen gebracht wird und die Pillen in demselben gerollt werden, bis sie gänzlich überzogen sind; bei gewöhnlicher Temperatur erstarrt der Ueberzug. Durch, namentlich an Pillen, die aus Methylenblau bestanden, angestellte Versuche beweist Verf., dass der Salolüberzug bei Temperaturen unter 40° eine absolute Dichtigkeit für die eingeschlossenen Stoffe, sowie eine gewisse Festigkeit gegen mechanische Insulte besitzt. Seine



Unlöslichkeit im Magen ergibt sich aus Probeausspülungen desselben; seine Löslichkeit im Darm aus der Ausscheidung des Methylenblau im Urin, sowie aus dem negativen Ergebniss der sorgfältigen Untersuchung der Fäces. Verf. glaubt annehmen zu müssen, dass die Pillen mit Salolüberzug ungefähr 2 Stunden im Magen liegen und nach weiteren 2 Stunden im Darm gelöst werden; indess dürften diese Zeiträume in den einzelnen Fällen von der grössten Verschiedenheit sein. Zu bemerken ist, dass das Gewicht des Salolüberzuges 0·03 Grm. beträgt, also zu gering ist, um irgend welche Störungen hervorzurufen. Dem Pat. ist einzuschärfen, dass die Pillen nicht zerbissen werden, überhaupt nicht beschädigt sein dürfen, dass sie kühl aufbewahrt und nicht mit warmen Speisen und Getränken, sondern am besten eine Stunde nach der Mahlzeit genommen werden müssen.

881. ***Therapeutische Bemerkungen über Emol.*** *Von Dr.* ***A. Jamiesson.*** *(Annual meeting of the Brit. med. Association held in New Castle-Tyne. 1893. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894.)*

Verf. empfiehlt das Emol für die Behandlung verschiedener Formen von Hyperkeratosen. Emol ist ein aus Speckstein, Kieselerde, Aluminium und einer Spur Kalk bestehender Körper, der, mit Wasser in Verbindung gebracht, ganz erweicht. Wird nun Emol mit heissem Wasser zu einer Paste angerührt, so lässt es sich auf Schwielen, verhärtete Hautstellen, Hyperkeratosen und ähnliche Epidermidalverdickungen aufstreichen. Es bildet unter Abschluss eines wasserdichten Stoffes eine feuchte Hülle um die erkrankte Partie. Nach einiger Zeit heben sich diese schwieligen und harten Gebilde von ihrer Unterlage ab und eine geschmeidige, weiche, blassrosenroth gefärbte Haut kommt zum Vorschein.

882. ***Coffein in der Kinderpraxis.*** *Von* ***Sevestre.*** *(Revue des malad. de l'enfance. 1894. Juli. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 1. September.)*

Verf. empfiehlt das Coffein in der Kinderpraxis als ein äusserst werthvolles Mittel zur Bekämpfung der Herzschwäche, die so häufig im Verlauf gewisser acuter Infectionskrankheiten, wie Typhus, Pneumonie, Diphtheritis u. s. w. auftritt. Ebenfalls bildet es ein ausgezeichnetes Präventivmittel gegen die hie und da unter dem Einflusse des kalten Bades auftretende Syncope, und bei vorhandener Disposition zur Herzschwäche macht Verf. vor jedem Bade eine subcutane Coffeineinspritzung. Innerlich verordnet er folgende Mixtur: *Coffein, Natrium benzoic. aa. 1·6 Grm; Vanillin 0·05; Syrup. tolutan. 50·0; Rum 10·0; Aquae 60·0.* M. D. S. 2mal täglich 1 Esslöffel voll. Zweckmässiger aber ist die subcutane Application des Mittels in täglichen Dosen von etwa 0·4 Grm. auf zwei Einspritzungen vertheilt. Diese Dose wendet Verf. selbst bei kleinen Kindern von $1^1/_2$—2 Jahren an. Diese Einspritzungen werden gut vertragen und sind nicht besonders schmerzhaft.

883. ***Physiologische und therapeutische Wirkung von Aethylchinin und Propylchinin.*** *Von* ***Grimaux.*** *Sitzung der Acad. des sciences in Paris. (Therap. Monatsh. 1894, 11. Juni, pag. 478.)*

Zusammen mit *Laborde* und *Bourru* hat Verf. Untersuchungen über das Cupreïn und seine Derivate angestellt. Das Cupreïn



ist ein Alkaloid aus der China cuprea; sein Methyläther ist identisch dem Chinin, sein Aethyläther ist das Quinäthylin, sein Propyläther das Quinopropylin und sein Amyläther das Quinäthylin. Analog den Resultaten der Untersuchungen *Bochefontaine's* über das Codeïn und Codäthylin nahm *Grimaux* an, dass die genannten Aether im Verhältniss der Grössen ihres Moleculargewichtes eine stärkere Wirkung haben würden als das Cupreïn, eine Annahme, die durch physiologische und therapeutische Untersuchungen ihre Bestätigung fand; das Cupreïn ist halb so toxisch, das Quinäthylin ungefähr doppelt und das Quinopropylin vierfach so toxisch, wie das Chinin, dem diese Körper in ihrem sonstigen Verhalten sehr ähnlich sind. Was die therapeutische Verwerthbarkeit der genannten Körper anbetrifft, so ist das salzsaure Salz des Cupreïns bei 8 Patienten mit Malaria von verschiedenem Typus angewendet worden. Die kleinste wirksame Dosis, 1 Grm. Cupreïn, ist zwar frei von toxischen Nebenwirkungen, doch ist auch seine antipyretische Wirkung eine sehr geringe und spät eintretende. Das Aethylchinin (angewendet als schwefelsaures Salz) dagegen wirkt schon in Dosen von 0·5—0·75 Grm. und häufig selbst dann (bei Malaria), wenn Chinin schon vergebens angewendet war; dabei übt das Aethylchinin in den angegebenen Dosen noch keine toxischen Nebenwirkungen aus. Das Propylchinin, als schwefelsaures Salz, darf wegen seiner toxischen Eigenschaften in nicht höheren Dosen als 0·6 Grm. angewendet werden. Die antipyretische Wirkung dieses Salzes hat sich namentlich in einem Falle von Typhus gezeigt, indem die Temperatur durch 0·5 Grm. von 40·3° auf 37·40 herabgesetzt wurde. Nebenerscheinungen, wie Schwindel und Uebelkeit, zeigten sich schon in Dosen von $^1/_2$ Grm. Hiernach scheint also das Aethylchinin als Antiperiodicum Chinin zu übertreffen; das Propylchinin wird vielleicht seinen Platz finden bei der Bekämpfung von continuirlichem Fieber.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

884. ***Die Blutserumtherapie zur Diphtheriebehandlung des Menschen.*** *Von Prof. Dr.* ***Behring.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1894. 35.)*

Verf. gelangt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Blutserumtherapie ist die antitoxische Therapie, mittelst welcher wir solche Infectionskrankheiten zu bekämpfen suchen, von denen wir wissen, dass sie durch mikroparasitäre Gifte erzeugt werden. 2. Zur Behandlung diphtheriekranker Menschen existiren gegenwärtig zwei Präparate, das erste enthält in 10 Ccm. eine einfache Heildosis, das zweite in 11·5 Ccm. die $2^1/_2$fache Heildosis; ersteres ist ein circa 60faches Normalserum nach *Behring-Ehrlich*. Für Kinder unter 10 Jahren, bei denen die Krankheit nicht über den dritten Krankheitstag hinaus ist, genügt fast durchwegs schon die einfache Heildosis, um die Genesung herbeizuführen. 3. Zur prophylactischen Behandlung des Menschen genügen durchschnittlich 60 Normaleinheiten, um Kindern und Erwachsenen Diphtherieschutz



zu gewähren. 4. Besonders verdient hervorgehoben zu werden, dass die specifische Heilwirkung des Heilserums um so sicherer eintritt, je frühzeitiger eine Diphtheriebehandlung beginnt. Man kann schon jetzt das Urtheil abgeben, dass von 100 Fällen, die im Laufe der ersten 48 Stunden nach der Erkrankung die einfache Heildosis eingespritzt erhalten, keine fünf Fälle an Diphtherie sterben werden. Je später die Diphtherie in Behandlung genommen wird, um so grössere Heildosen sind erforderlich. 5. Das im Diphtherieheilserum enthaltene Antitoxin ist eine wasserlösliche Substanz, die gegenüber den gewöhnlichen atmosphärischen Einflüssen recht widerstandsfähig ist, von der wir nur wissen, dass sie das Diphtheriegift unschädlich macht. 6. Als Quelle der Entstehung dieses Antitoxins haben wir das reactionsfähige Eiweiss des lebenden Organismus zu betrachten, und zwar entsteht aus diesem reactionsfähigen Eiweiss unter der Einwirkung eines specifischen Toxins das zugehörige Antitoxin unter solchen Umständen, welche auf eine allgemeine Störung der Regulirungsvorrichtungen im Gesammtorganismus hindeuten. 7. Wenn wir nach dem erfolgreichen Ueberstehen einer spontan entstandenen oder willkürlich erzeugten toxischen Infection die Körpersäfte untersuchen, so finden wir das Toxin nicht blos compensirt durch das Antitoxin, sondern wir finden einen Ueberschuss von Antitoxin, den wir dazu verwenden können, um anderen Individuen die Ueberwindung der gleichen Intoxication zu erleichtern. Hierauf beruht die Blutserumtherapie. 8. Mit Rücksicht darauf, dass die Antitoxine chemische Körper sind, ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass sie später einmal synthetisch hergestellt werden.

885. ***Ueber den therapeutischen Werth der Blutentziehungen.*** *Von Prof. Dr. R. v. Jaksch. (Prager med. Wochenschr. 1894. 32—36.)*

Verf. ist der Ansicht, dass, wenn man bei Blutentziehungen gestützt auf physiologische Kenntnisse und auf klinische Erfahrung vorgehe, man sich überzeugen wird, dass der Blutentziehung unleugbar eine hohe therapeutische Bedeutung zukommt. Die Wirkung des Aderlasses beruht erstens in einem unmittelbaren Sinken des Blutdruckes, der dann bald durch Aufnahme von Flüssigkeit aus den Geweben wieder steigt, zweitens in einer Verminderung der Zahl der Sauerstoffträger im Blute. Bei der Pneumonie wird man im Allgemeinen den Aderlass nicht anwenden, da der Krankheitsprocess ungünstig beeinflusst wird, so dass die durch den Aderlass hervorgerufene subjective Besserung als zu „theuer erkauft“ erscheint. Nur dann kann ein Aderlass als Ultimum refugium indicirt erscheinen, wenn der Organismus an Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure zu Grunde zu gehen droht. Bei den anderen Infectionskrankheiten ist der Aderlass contraindicirt; nur beim Gelenkrheumatismus kann ein pericardiales Exsudat, das zu Kohlensäureintoxication führte, einen Aderlass als indicirt erscheinen lassen. Vorzuziehen wäre jedoch hier die Punction des Pericards. Indicirt ist der Aderlass bei Vergiftungen mit irrespirablen Gasen (vielleicht auch bei Methämoglobinämie), also vornehmlich bei Kohlensäure- und Kohlenoxydvergiftung. In solchen Fällen begnüge man sich aber auch damit,



250—300 Ccm. Blut zu entleeren. Dem Aderlass lasse man eine subcutane Infusion von sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung folgen. Der Erfolg dieser Therapie ist ein Schwinden der Cyanose; die Dyspnoe wird geringer, das Sensorium wird frei. Eine weitere Indication für den Aderlass liefern Fälle von Urämie bei Patienten mit acuter Nephritis, die sonst kräftig sind und namentlich in Bezug auf die rothen Blutkörperchen normale Blutbeschaffenheit haben. Der Aderlass ist aber erst dann zu unternehmen, wenn nach erfolgloser Anwendung aller übrigen Mittel (Schröpfköpfe, Abführmittel, kohlensaure Salze) sich die Symptome der Urämie ganz ausgebildet haben. Nicht in jedem Falle von Apoplexie ist die Venaesection zu machen, sondern nur dann, wenn es sich um kräftige Leute handelt, deren Blutbeschaffenheit namentlich normal ist; selbst in diesen Fällen ist dann auch der meist deutliche Erfolg ein nur vorübergehender. Anders verhält es sich schon mit der Verwendung von blutigen Schröpfköpfen, bei deren Verwendung die Kranken nicht die geringste subjective, noch objective Schädigung erleiden; natürlich darf nicht mehr als 30—50 Grm. Blut entzogen werden.

Die Indicationen für Schröpfköpfe sind nicht so eng gezogen wie für den Aderlass. Für Pneumoniker, bei denen sich Symptome von Kohlensäureintoxication bemerkbar machen, oder die grosse Schmerzen zu erdulden haben, ist die Application von 2—3 blutigen Schröpfköpfen zu empfehlen; diese sind bedeutend unschädlicher als alle Narcotica. Ebenso werden durch Schröpfköpfe die manchmal unerträglichen Schmerzen bei den verschiedenen Formen von Pleuritis (auch Pericarditis) sicher gemildert. Bei Cyanose, Dyspnoe, bedingt durch Emphysem und Herzfehler, wird durch Schröpfköpfe eine wesentliche Besserung der Symptome erzielt. Sonst sind Schröpfköpfe auch da indicirt, wo man bei Vergiftungen mit irrespirablen Gasen wegen der geringen Schwere der Symptome einen Aderlass noch nicht für nöthig hält. Auch bei Urämie, bedingt durch chronische Nephritis, sind die Erfolge, mit Schröpfköpfen erzielt, recht günstige; zuletzt sind noch Neuritiden als Indication für dieses therapeutische Mittel zu nennen. Die Anwendung von Blutegeln ist nur da zu billigen, wo die Localität der Anwendung der Schröpfköpfe Schwierigkeiten entgegensetzt, wie bei Meningitis und Typhlitis.

886. ***Zur mechanischen Behandlung der Hautwassersucht.*** *Von H. Curschmann. (Therap. Monatsh. 1894. 3. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 32.)*

Verf. zeigt an der Hand von 2 besonders lehrreichen Fällen die eclatante Wirksamkeit der mechanischen Behandlung des Hydrops, die nicht nur in der einfachen mechanischen Beseitigung der „wassersüchtigen Flüssigkeitsansammlungen“, sondern vielmehr darin beruht, dass dem an sich geschwächten und im Masse der wachsenden Ueberladung der serösen Höhlen und des Körperzellgewebes mit Flüssigkeit noch weiter erlahmenden Herzen gewaltige Hindernisse aus dem Wege geräumt und so wieder zu erstarken Gelegenheit gegeben werde. Erst wenn die Drainage den Körper wesentlich entlastet hat, treten die Herzmittel in ihr Recht und entfalten eine günstige Wirksamkeit. Zur Ausführung des



Verfahrens bedient sich Verf. am liebsten einer einfachen Canüle, welche grösser als die *Southey*'sche, mit einem lancettförmigen, zweischneidigen Stilett versehen ist, das sie federnd umfasst (zu erhalten durch Instrumentenmacher Möcke, Leipzig). Sie wird im spitzen Winkel zur Haut eingeführt und mit Jodoformcollodium-Watteverschluss befestigt. Der Schlauch wird vorher mit sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung gefüllt und taucht in ein Gefäss mit eben solcher Flüssigkeit, das dann auf den Boden gesetzt wird, um Heberwirkung zu erzielen. In anderen Fällen verwendet er die Hautschnittmethode mit verbesserter Trichterdrainage. Er hat dazu ein kleines, mit einer abnehmbaren und hermetisch anzuschliessenden Kuppel versehenes Instrumentchen construirt, das sich bequem auf die Haut kitten lässt, so dass man erst, nachdem es auf dieser fest ist, die Schnitte zu machen und den Apparat luftdicht zu verschliessen hat. (Durch Universitätsmechaniker Schanze in Leipzig zu beziehen.)

887. ***Zur Anwendung der Massage bei Reflexkrämpfen im Kindesalter.*** *Von Dr. Schumann, Doebetu. (Therap. Monatsh. VIII. Jahrg., Heft 3. — Blätter f. klin. Hydrotherap. 1894. 9.)*

Die häufigste Ursache der Reflexkrämpfe bei Kindern bietet der Magen- und Darminhalt. Das vorher gesunde Kind bekommt plötzlich Leibschmerz, schon wenige Augenblicke darauf liegt es bewusstlos und die beängstigenden halbseitigen oder doppelseitigen Zuckungen beginnen. Die Anamnese ergibt, dass irgend ein Nahrungsmittel zu hastig, zu reichlich genossen worden, oder dass die Milch von zweifelhafter Beschaffenheit gewesen ist. Die Therapie besteht dementsprechend seit jeher in rascher Entleerung der Därme. Am zweckmässigsten sind Clysmata, namentlich solche mit Mitteln, die die Peristaltik anregen. Sie befördern häufig den Abgang von Luft und Darminhalt, aber doch nicht immer, und ziemlich unactiv pflegt dann der Arzt den ängstlichen Fragen der Eltern, ob es denn kein Mittel gibt, den entsetzlichen Zustand zu beseitigen, gegenüberzustehen. Die Narcose kann wohl an Stelle des Krampfes den Zustand der Lähmung setzen, aber wie lange soll man sie ausdehnen? Und vor allen Dingen genügt sie der Indication, den Darmreiz, beziehentlich den acuten Darmverschluss zu beseitigen, nicht. Da ist dann die Massage des Leibes eine sachgemässe und rasche Hilfe. Die Wirkung der Massage auf die Entfernung von Scybalis, Luftansammlungen im Darme ist längst bekannt; dass sie auch in Fällen von Eclampsia infantum gute Dienste leistete, davon konnte sich Verf. in 3 Fällen überzeugen. In allen 3 Fällen (Kinder im Alter von 3—5 Jahren) schwerer Eclampsie konnte Verf. nach mehreren Minuten fortgesetzter Massage Abgang von Blähungen und dünnen Stuhlgängen beobachten, während ein anderesmal dieser Effect zwar ausblieb, aber doch reichliches Kollern in den Därmen das Eintreten der gewünschten Darmbewegung bekundete und das Bewusstsein schnell wiederkehrte. Bei schon bestehender peritonealer Reizung kann das Verfahren Bedenken erregen. Der plötzliche Eintritt der reinen Reflexkrämpfe bei kurz zuvor ganz gesunden Kindern, das Fehlen physikalischer Krankheitserscheinungen am Leibe und die Anamnese werden immer die Sachlage klarstellen und die Missgriffe vermeiden lassen.



888. ***Behandlung des acuten Gelenksrheumatismus.*** *Von Dr. **E. Moritz.** (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 31. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 75.)*

Der Patient kommt in ein heisses Wannenbad (38—41° C.) und verbleibt in demselben circa 20 Minuten. Beim Verlassen des Bades wird er, fest in ein Bettlaken und eine wollene Decke gehüllt, in's Bett gelegt. In dieser festen Einpackung, welche nur das Gesicht frei lässt, bekommt er sogleich 1—1½ Grm. Natr. salicyl. (respective Salipyrin oder Antipyrin) und darnach ein Glas heissen Punsch oder heisser Limonade. Sehr bald bricht nun über den ganzen Körper profuser Schweiss aus. Diese abundante Transpiration soll etwa ½ Stunde unterhalten werden, so dass die Einpackung etwa ¾—1 Stunde dauert, worauf der Körper des Patienten allmälig wieder enthüllt wird. Zuerst wird das eine Bein befreit, sogleich mit einem nassen, kalten Schwamm abgewaschen, trocken gerieben und leicht mit Wolle bedeckt, ebenso verfährt man mit dem anderen Bein und den Armen. Zum Schluss werden auch Brust und Bauch befreit, kalt abgewaschen und rasch getrocknet. Gewöhnlich folgt auf die Einpackung und Abwaschung eine behagliche Ruhe. Die Procedur soll womöglich Vormittags vorgenommen werden. Am Abend bekommt Patient nochmals 1 Grm. Natr. salicyl. und ein Glas heissen Punsch. Das Verfahren wird je nach Verlauf 1—3 Wochen, eventuell auch länger fortgesetzt. Gewöhnlich werden in der ersten Zeit ausser den beiden stärkeren Salicylgaben während der Einpackung und zur Nacht noch mehrere Einzelgaben von ½ Grm. gegeben, so dass 3—4 Grm. pro Tag verbraucht werden.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

889. ***Die palliative Behandlung der Uterusruptur.*** *Von **Malcolm Mc Lean**, New-York. (The Americ. Journ. of Obstetr. Juli-Heft 1894, pag. 43.)*

Das erste Symptom der erfolgten Zerreissung des Uterus ist das Zurückweichen des vorliegenden, früher fixirt gewesenen Fruchttheiles. Gleichzeitig fühlt sich die Cervix schlaff an. Da lege man keine Zange an, denn die Anlegung ist ungemein schwierig, und werden ausserdem die Weichtheile durch die forcirte Extraction stark verletzt. Ausnahmsweise kann man die Zange dann anlegen, wenn der vorliegende Fruchttheil trotz eingetretener Ruptur fixirt bleibt. Was von der Anlegung der Zange gesagt wurde, gilt auch von der des Kephalothryptors. Am besten ist es, wenn man mit der Hand eingeht, die Frucht auf den Fuss wendet und sofort extrahirt. Wegen der Beweglichkeit der Frucht gelingt die Wendung sehr leicht. Dieses Vorgehen involvirt gleichzeitig den Vortheil, dass man, wie die Hand im Uterus liegt, gleichzeitig den Umfang und Sitz der Ruptur bestimmen kann und weiterhin, ob eine Darmschlinge im Uterus liegt, ob die Placenta noch anhaftet oder nicht, wo sie liegt, ob die Eihäute an der Rissstelle auch geborsten sind, ob sie in die Bauchhöhle hineinragen u. s. w. Ist der Riss hoch oben, unregelmässig und sehr gross,



so wird man meist laparotomiren müssen. Es gibt aber genug Fälle, in denen die Laparotomie umgangen werden kann, so wenn der Riss glatt und nicht gross ist, wenn keine Darm- oder Netzpartien im Uterus liegen, wenn die Eihäute an der Rissstelle nicht geborsten sind und nichts vom Eiinhalte in die Bauchhöhle getreten ist und wenn der Riss kein penetrirender ist, das heisst der Peritonealüberzug des Uterus erhalten blieb. Aus all dem ergibt sich, dass die Therapie bei der Uterusruptur nicht eine schablonenhafte sein darf und nicht immer gleich laparotomirt werden muss. Den Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung liefern nicht wenige Fälle, in denen die oben erwähnten günstigen Verhältnisse vorlagen und die bei symptomatischer Behandlung, ohne dass eine Laparotomie vorgenommen wurde, genasen. *Kleinwächter.*

890. ***Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta.*** *Von* ***O. v. Weiss.*** *(Arch. f. Gyn. Bd. XLVI, Heft 2, pag. 256.)*

Verf. sucht sich darüber zu orientiren, was die Ursache der vorzeitigen Lösung der Placenta in jenen Fällen sei, in denen scheinbar kein hierzu veranlassendes Moment zu finden ist. Er sammelt acht einschlägige Fälle aus der Wiener Gebäranstalt, darunter die Mehrzahl aus der *G. Braun*'schen Klinik, an der er als Assistent bedienstet ist. In fünf dieser Fälle bestand eine Schwangerschaftsniere oder Nephritis. Der gemeinsam diesen fünf Fällen zukommende Befund bestand darin, dass ausser der degenerativen Veränderung des Nierenparenchyms eine exsudative Entzündung der Decidua materna und Degenerationsvorgänge in letzterer da waren, das ist eine Endometritis deciduae, an der auch die obersten Lagen der Musculatur noch Antheil nahmen. Diese Veränderungen waren theils diffus, meist aber herdweise nachzuweisen und entsprachen in ihrer Intensität auch so ziemlich der Schwere der klinischen Erscheinungen. Die Blutgefässe waren aber hierbei nicht ergriffen. Weisse Infarcte waren nicht immer da, scheinen daher hier nur von secundärer Bedeutung zu sein. Nierenstörungen bilden nach ihm eine ätiologische Rolle der vorzeitigen Placentarlösung. Durch sie wird eine Ernährungsstörung des Endometrium herbeigeführt, die durch lockere Beschaffenheit und degenerative Veränderung der Decidua zur vorzeitigen Lösung der Placenta führen kann. Dass es aber auch ohne Nierenstörungen zur Lösung der Placenta kommen kann, lehren ihm drei Fälle, von denen einer durch Verblutung letal ablief. In diesen drei Fällen fand er die Uterusmusculatur von zahlreichen Rundzellen durchsetzt. Er fand letztere hauptsächlich in den Bindegewebszügen und in der Umgebung der Blutgefässe, ohne dass aber letztere afficirt waren. Die mono- und polynucleären Leukocyten lagen in dichten Zügen selbst bis zwischen den einzelnen Muskelfasern eingelagert. Die Infiltration nahm von der Tiefe nach der Oberfläche deutlich zu. An den Stellen dichtester Infiltration war die Muskelsubstanz körnig getrübt und von frischen streifenförmigen Hämorrhagien durchsetzt. Die Placenta foetalis war normal, die materna wies nur vereinzelte kleine Rundzellen auf. Die Bindegewebszüge waren in der Musculatur verstärkt und reicher an Spindelzellen. Die Serosa des Uterus war verdickt. Streckenweise sah man in der Musculatur dichtgedrängte Massen intensiv ge-



färbter Rundzellen neben rothen Blutkörperchen. Es lagen daher neben den deutlichen Zeichen einer älteren abgelaufenen Entzündung eine frische Endometritis geringeren Grades, Zeichen einer schweren Myometritis vor, ohne dass aber Mikroorganismen zu finden waren. Die Ursache der Placentarlösung war daher, was leider noch nicht bekannt war, eine Myometritis, die auch die Atonie des Uterus nach Austritt der Frucht und den Tod der frisch Entbundenen in einem Falle bedingte. Der infiltrirte Muskel konnte sich nicht contrahiren. Zu erwähnen wäre, dass in allen acht Fällen keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Syphilis vorlagen. Wenn auch Verf. auf die Frage, warum bei Nierenaffectionen relativ leicht vorzeitige Placentarlösung eintritt, nicht viel neues Licht wirft, so ist es andererseits ein Verdienst, zuerst auf die Myometritis als Ursache der vorzeitigen Placentarlösung und der Atonie des frisch entbundenen Uterus aufmerksam gemacht zu haben.

Kleinwächter.

891. ***Zur Verhütung des Recidivs bei Volvulus.*** *Von Prof. Dr. **Roux**, Lausanne. (Centralbl. f. Chir. 1894. 37.)*

Die Nothwendigkeit, in der sich Verf. befand, bei demselben Patienten dreimal wegen Volvulus eine Laparotomie auszuführen, lässt ihn die Aufmerksamkeit der Fachcollegen auf eine technische Vorsichtsmassregel lenken, die er kürzlich (in der Revue médicale de la Suisse Romande 1894, Nr. 1) empfohlen hat, und welche sich, weil unvollständig durchgeführt, in diesem ersten Falle als ungenügend erwiesen hat. Es wird bekanntlich als Ursache des Volvulus des S romanum eine Schrumpfung des Mesocolon an dem parietalen Ansatz angenommen, mit Annäherung der beiden Schenkel des Darmes, welcher dann, mit Kothballen gefüllt, hin und her ballottiren kann, bis endlich die Torsion erfolgt. Diese Hypothese hat sich nun bei zwei Kranken, die Verf. im Jahre 1887 operirte, in der Weise bewährt, als beide Patienten, in Folge der nachträglichen noch stärkeren Schrumpfung des in der Mitte des Volvulusstieles gepressten Mesocolon, im letzten Jahre ein Recidiv bekamen und von Neuem mit Glück laparotomirt wurden. Nach Lösung des Volvulus fixirte er diesmal, im ersten Falle durch eine Art chirurgischen Reflexes geleitet, die laterale Seite des Mesocolon an der Bauchwand, um die Wanderungen der langgestielten Schlinge zu hemmen: dabei legte er nur ein paar Katgutnähte an. Einige Wochen später kam der andere Fall, eine Frau, zum Recidiv, und wurde er erst dann auf die absolute Nothwendigkeit einer sicheren Fixirung der vaganten Schlinge aufmerksam. Deshalb begnügte er sich nicht mehr mit einigen Nähten, sondern machte eine fortlaufende Naht zwischen dem ganzen Mesocolon der betreffenden Schlinge und dem parietalen Peritoneum, bis nahe an die Linea alba. Dass diese vollständige Obliteration der Rinne zwischen S romanum und Bauchwand, oder besser gesagt, eine breite sichere Fixirung der ganzen freien S romanum-Schlinge absolut nothwendig ist, belehrte Verf. ein zweites Recidiv, vor einigen Wochen, beim ersten Patient: Er fand die Nähte gesprengt und den freien Kopf der Schlinge auf gleiche Weise gedreht wie bei den früheren Anfällen, die beiden Schenkel der Schlinge noch näher an einander gerückt, gleich den Läufen

einer Jagdbüchse. Auch hier erreicht er endlich durch eine continuirliche Naht die vollständige Obliteration des Flankenraumes bis zur Höhe der Schlinge. Verf.'s Vorschlag in der Revue médicale ist also in der Weise zu verstehen, dass das Mesocolon des S romanum auf seiner ganzen Höhe, wie er es für den Dünndarm angerathen, und fest an die Bauchwand genäht werden muss, wenn man dem Recidiv vorbeugen will. *—r.*

892. ***Ein Verstärkungsmittel zu schwacher Wehen.*** *Von Dr.* ***Adolf Kupffer.*** *(St. Petersburger med. Wochenschr. 1892. 35.)*

Verf. macht auf den Nutzen des Morphiums in Bezug auf Wehen aufmerksam. Das Morphium entfernt einmal nicht von der Triebkraft ausgehende nervöse Schmerzen; dann setzt es die Reizbarkeit und damit die Spannung der quergestreiften Muskelfasern und somit auch des Dammes herab. Endlich kräftigt es, in kleinen Gaben genommen, den Tonus der glattfaserigen Musculatur, wie das am Puls zu merken ist. Sei dem, wie ihm wolle: Jedenfalls werden die Wehen durch Einnahme von Morphium nicht unbedeutend verstärkt. Verf. gibt 12 Tropfen einer 1%igen Lösung von Morphium muriaticum in Aq. Amygdal. amar. Zuerst lässt er die Frau mit schwachen Wehen eine gute Zeit sich selbst abmühen, dann gibt er die Tropfen, wenn gar kein Fortschritt stattgefunden, auch schon vor merklicher Eröffnung des Muttermundes. Oefters ist man genöthigt die Tropfen noch ein zweites Mal zu geben und zwar, wenn die Wehen zum Schluss nachlassen, der Kopf bereits tief, ja zangengerecht steht. Die Wehen verstärken sich bedeutend danach, und der Kopf kommt zur Geburt. Der letzte Moment des Durchschneidens des Kopfes lässt sich noch erleichtern, wenn man der gebärenden Frau ein Theelöffel voll Chloroform auf Watte unter die Nase hält. Die Spannung des Dammes lässt noch weiter nach, und bei vollem Bewusstsein, aber unter geringen Schmerzen der Mutter tritt der Kopf des Kindes heraus. Auch in der Nachgeburtsperiode gibt er Morphium, wenn bei starker Blutung der Vortritt der Placenta zögert. Erst nach Entfernung dieser wendet er Secale cornutum an. *—m.*

893. ***Enges Becken und Kolpeurynter.*** *Von* ***Rosenthal.*** *(Centralbl. f. Gyn. 1894. 27. — Med. Neuigkeiten. 1894, pag. 287.)*

In den letzten Jahren wurde der *Braun*'sche Kolpeurynter in der Dresdener Frauenklinik 108mal bei engem Becken angewandt. Die durch dieses Verfahren gewonnenen Erfahrungen stellt Verf. in einer im Archiv f. Gyn., Bd. XLV, Heft 1 erschienenen Arbeit zusammen: der Kolpeurynter ist im Stande, Operationen bei engem Becken zu verhüten und zu erleichtern, indem er einerseits die Fruchtblase schützt, anderseits dieselbe ersetzt. Verf. stellt deshalb folgende Indicationen für seine Anwendung auf: 1. Er ist anzuwenden, wenn bei vorzeitigem Blasensprung der Kopf noch nicht eingetreten ist, zum Schutz des Fruchtwassers, zur Erweiterung des Muttermunds und zur Verstärkung der Wehen, besonders bei Erstgebärenden. 2. Wenn bei stehender Blase, unvollständig eröffnetem Muttermunde und engem Becken der Kopf sich nicht einstellen will; ferner stets bei bestehender Schief- oder Querlage. 3. Wenn man sich noch kein klares Urtheil über den Verlauf der Geburt hat bilden können, also besonders bei den

mittleren Graden von Beckenverengerung, vorausgesetzt dass die Wehenthätigkeit wirklich begonnen hat. Der Kolpeurynter regt nur selten Wehen an, vermag aber schwache Wehen zu verstärken. Er ist deshalb geeignet, bei künstlicher Frühgeburt nach Einleitung und Vorbereitung derselben durch die *Tarnier*'sche Blase die Geburt zu Ende zu führen. Er ist das beste Mittel zur Erreichung der günstigsten Vorbedingungen für die Wendung, nämlich vollständig erweiterter Muttermund und stehende Fruchtblase.

Laryngologie, Otiatrik und Ophthalmologie.

894. ***Ein Concrement im Ductus Stenonianus.*** *Von **Mr. Treves.** (British Journal of Dental Science. Juni. 1894. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 9.)*

Eine ältere Frau wurde im Londoner Hospital mit einer Geschwulst in der Gegend der Parotis aufgenommen, in der Meinung, es sei eine carcinomatöse Entartung dieser Drüse vorhanden. Nachdem der Verf. den Mund der Patientin untersuchte, fand er, dass die der kranken Seite entsprechende Mundhöhle trockener sei als die andere. Der Tumor vergrösserte sich jedesmal beim Kauact und während dessen wurden auch die Schmerzen heftiger. Der Verf. öffnete den Ductus mit dem Messer und der Scheere und fand einen Stein, den er ohne grosse Schwierigkeiten entfernen konnte. Derselbe verstopfte den Canal und hatte eine Erweiterung desselben und Vergrösserung der Parotis zur Folge. Mit der Sonde war der Stein weder im Canal, noch an der Schleimhautdecke zu fühlen.

895. ***Differentialdiagnostik und photographische Abbildung von Augenmuskellähmungen.*** *Von **A. Gullstrand.** (Hygiea. LIV. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 35.)*

Verf. will durch ein einfaches Mittel die Existenz und die detaillirte Diagnose einer Augenmuskellähmung bestimmen. Der Patient sitzt mit dem Gesicht in einer Entfernung von circa 3 Meter zum Fenster, der Arzt ihm vis-à-vis mit dem Rücken zum Fenster. Der Untersuchte fixirt nun die Nase des Arztes und macht nun auf Geheiss Bewegungen mit dem Kopfe nach rechts, links, oben und unten immer fest die Nase fixirend. — Der Arzt beobachtet nun das Bild des Fensterkreuzes in der Pupille bei den verschiedenen Bewegungen; bleibt es in derselben fest, so ist keine Lähmung vorhanden; verschiebt es sich aber, so besteht eine Lähmung, und zwar wird das Bild auf die Seite verschoben, auf welcher der Bewegungsdefect besteht. Z. B. Verschiebt sich beim Bewegen nach rechts das Bild in der rechten Pupille nach rechts, so ist Lähmung des rechten äusseren Augenmuskels vorhanden, bewegt es sich aber auf der linken Pupille nach rechts, so ist der linke, innere Muskel gelähmt. Oder verschiebt sich beim Blicke nach oben das Bild in der rechten Pupille, so ist eine Lähmung eines rechten Hebemuskels vorhanden, und zwar des Musc. rectus superior, wenn die Höhedifferenz auch eintritt beim Drehen des Kopfes nach rechts, und des Musc. obliquus inferior, beim Drehen

nach links. Will man ein anderes Bild zur Untersuchung haben, so lässt man mittelst eines Planspiegels von einer Flamme Licht auf beide Augen werfen.

896. ***Ueber die Anwendung von Elektromagneten bei den Eisensplitterverletzungen des Auges.*** *Von **Adolf Hürzeler.** Inaugural-Dissertation (Zürich). Hamburg, Leop. Voss, 1893. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 18.)*

An der Heidelberger Ophthalmologenversammlung im Sommer 1892 berichtete Prof. *Haab* über Fälle, in denen es ihm gelungen war, mit Hilfe eines ausserordentlich starken Magneten in's Augeninnere gedrungene Splitter derart aus dem Auge herauszubefördern, dass sie den nämlichen Weg passirten, den sie beim Eindringen durchlaufen hatten. Verf. theilt nun die diesbezüglichen Krankengeschichten ausführlich mit und fügt noch weitere Fälle hinzu. Ferner sind in der Arbeit 18 Fälle zusammengestellt, in denen nach der früheren Methode mittelst schwächeren Magneten und unter Anwendung des Scleralschnittes Splitter aus dem Auge herausbefördert wurden. Die Läsion des Glaskörpers ist das Bedenklichste bei dieser älteren Methode. Es wird mit Recht betont, dass man nicht zu früh über den Erfolg sich freuen soll, da Netzhautablösung recht häufig und oft noch nachträglich hinzutritt. Bei Augenoperationen, die den Glaskörper in Mitleidenschaft ziehen, soll der Erfolg erst nach Jahresfrist notirt werden. Auf die grosse Vulnerabilität der Macula lutea-Gegend bei Augenverletzungen — auch wenn jene Stelle selbst nicht direct getroffen wird — ist ebenfalls aufmerksam gemacht. Die Anwendung starker Elektromagneten ist entschieden als ein grosser Fortschritt in der Therapie der Augensplitterverletzungen zu betrachten. Wenn es durch blosse Annäherung des Auges an einen solchen starken Magneten gelingt, nicht nur lose im Glaskörper liegende, sondern in der Netzhaut steckende Splitter wenn nicht ganz aus dem Auge heraus, so doch wenigstens in die vordersten Partien zu locken, so ist damit viel gewonnen; denn der Glaskörper ist auf die Weise bestmöglichst geschont. Das Auge ist sorgfältig in der Richtung des Einschlagsweges dem Magneten zu nähern, damit der Splitter keinen neuen Weg sich bahnen muss. Die Operation gibt um so bessere Prognose, je früher sie ausgeführt werden kann.

897. ***Ueber Aetzung der Scleralbindehaut.*** *Von Doctor **L. Kugel.** (Graefe's Archiv f. Ophthalm. Bd. XL. Heft 3. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 10.)*

Verf. hat circa 200 Fälle von torpiden Hornhaut- und Scleralleiden durch Aetzung der Conjunctiva sclerae behandelt. Dieselbe führt viel rascher zum Ziele als die Anwendung der bekannten Adstringentien (Cauterisation der Lidbindehaut und der Uebergangsfalten mit Lapis mitigatus oder Cuprum sulfuricum, Quecksilbersalben, Massage, Jequirity-Aufguss). Verf. theilt zwei Fälle von Hornhautaffectionen mit, bei denen auf seine Therapie hin ein eclatanter Erfolg eintrat. Weniger günstig war der Verlauf bei Scleralaffectionen, bei denen es bisweilen zu Scleritis und leichten Scleralectasien kam. Die Operation ist trotz Cocaïn sehr schmerzhaft. In den ersten Sitzungen wird schwächer, später stärker geätzt. Nach vollzogener Aetzung wird mit Jodkali neutra-



lisirt und hierauf Atropin eingetropft, um die Bildung von hinteren Synechien zu verhindern. Die folgenden Reizerscheinungen klingen nach 12—15 Stunden ab, der Schorf stösst sich nach 24—48 Stunden ab. Die Sitzungen können sich jeden 4.—5. Tag wiederholen. Gegen die Schmerzen werden kalte Umschläge, eventuell Morphium verordnet. Auch in Fällen von Trachom mit starkem Pannus hat Verf. bei Versagen aller übrigen Therapeutica durch Aetzung der Scleralbindehaut günstige Erfolge erzielt.

898. ***Rhythmische Uebung, die natürliche Methode die Augenmuskeln zu stärken.*** *Von Dr. E. C. Savage. (Recueil d'ophtalm. 1894. Jänner. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1894. August.)*

Wenn man einen Muskel gymnastisch stärken will, so muss man ihn in rhythmischen Intervallen sich contrahiren und dann wieder völlig erschlaffen lassen. Die bisher zur gymnastischen Stärkung eines schwachen Augenmuskels empfohlenen Uebungen berücksichtigen dieses Princip nicht und hatten deshalb wenig Erfolg. Verf. hat bessere Erfahrungen gemacht mit seinen rhythmischen Uebungen. Er verfährt dabei so, dass er je nach der Art der Hetersphorie durch Fixirenlassen eines nahen Punktes oder durch Vorsetzen schwacher Prismen oder durch Vorhalten schwacher Convexcylinder (bei Cyclophorie) die geschwächten Muskeln zu einer gewissen Contraction zwingt und sodann wieder durch freies Fixirenlassen eines fernen Punktes zur Erschlaffung bringt. Er lässt die Muskeln jedesmal nur wenige Secunden lang sich contrahiren und dann wenige Secunden lang erschlaffen und setzt diese rhythmischen Uebungen, am besten in den Morgenstunden, bis zu 10 Minuten Dauer fort. Er muthet den schwachen Muskeln, indem er zunächst nur sehr schwache Prismen benutzt, respective die Cylinder nur um wenige Grade dreht und die Uebungen nicht lange ausdehnt, nur geringe Leistungen zu und geht erst allmälig zu grösseren Anstrengungen über.

899. ***Secretionsneurosen der Thränendrüse. — Thränenträufeln und Trockenheit des Auges bei Basedow'scher Krankheit.*** *Von Dr. Em. Berger, Paris. (Arch. d'ophtalm. 1894. Februar. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1894. August.)*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass es sich in einer ganzen Reihe von Fällen, in denen Epiphora besteht, nur um eine Hypersecretion der Thränendrüse handelt. Dabei kann die gewöhnliche Behandlung des Thränenträufelns nur schaden. Die Hypersecretion ist meist eine Reflexwirkung auf den Trigeminus. Sie kann von entzündlichen Schwellungszuständen der verschiedensten Organe, z. B. der Gebärmutter, inducirt sein, meist aber bestehen pathologische Veränderungen in der Nase und deren Nebenhöhlen, mitunter auch an den Zähnen. Auf Störung der Innervation des Trigeminus, als des secretorischen Nerven der Thränendrüse ist nach des Verf.'s Ansicht auch das Thränenträufeln im Anfang und die Trockenheit des Auges im weiteren Verlauf der *Basedow*-schen Krankheit zu beziehen. Die bisherigen Erklärungen dieses Verhaltens genügen nicht, denn Verf. fand, dass das Thränen der Exophthalmie, respective dem Fehlen des Lidschlages oft längere Zeit vorausgeht und dass die Trockenheit des Auges nach längerem



Bestande der Krankheit auch dann eintritt, respective noch bestehen bleibt, wenn der Exophthalmus sich wieder vermindert oder zurückgebildet hat. Es handelt sich bei den Anomalien der Thränensecretion hier eben um Reizung der secretorischen Nerven im Anfang der Krankheit mit nachfolgender Lähmung im weiteren Verlauf.

900. ***Eine Operationsmethode gegen Ptosis.*** *Von Dr.* ***Carl Hess****, Privatdocent u. erster Assistent an der Universitäts-Augenklinik in Leipzig. (Arch. f. Augenhk. Bd. XXVIII, Heft 1. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1894. August.)*

Verf. beschreibt die Operationsmethode gegen Ptosis. wie sie in der *Sattler*'schen Klinik mit gutem Erfolg geübt wird. Zunächst wird entsprechend der Mitte der Augenbraue ein Schnitt durch die ganze Länge derselben geführt und sodann von hier aus nach unten die Haut von dem darunter liegenden Orbicularis bis in die Nähe des freien Lidrandes abgelöst. — Ungefähr in der Mitte der Höhe des Lides werden nun an 3 Stellen doppelt armirte Fäden von aussen nach innen durch die abpräparirte Haut durchgeführt und die Nadeln sodann 2 Cm. oberhalb der Braue von innen her wieder ausgestochen. Durch Anziehen der Fäden bildet sich in der Haut des Lides eine Falte, wie sie normaler Weise beim Heben des Blickes an dieser Stelle entsteht. Die Wunde in der Braue wird durch fortlaufende Nähte vereinigt. Die Fäden, welche das Lid halten, bleiben 8—10 Tage liegen und können nach Bedarf, da sie über Heftpflasterrollen geknüpft sind, stärker angezogen werden. Es wird mit Hilfe dieser Operation durch dauernde Faltenbildung im Lid dieses selbst verkürzt und ausserdem durch Narbenstrangverbindung mit dem M. frontal. eine Wirkung dieses Muskels auf das Lid ermöglicht.

Dermatologie und Syphilis.

901. ***Die Behandlung des Eczema seborrhoicum.*** *Von* ***Unna****. (Der Frauenarzt. 1894. 9.)*

Die Behandlung des Eczema seborrhoicum fällt vielfach mit der anderer Eczeme und der Psoriasis zusammen. Bei Pityriasis capitis ist eine, wenigstens zweimal in der Woche einzureibende 3 bis 30%ige Schwefelpomade, der man bei starkem Haarausfall 2 bis 10% Canthsridentinctur hinzufügen kann, sehr wirksam. Bei krustösen Papeln auf dem Kopfe, sowie bei den meisten seborrhoischen Eczemen im Gesicht und am Körper eignet sich besonders eine Zinkschwefelpaste: Rp. *Zinc. oxyd. 6, Sulf. praecip. 4, Terrae siliceae 2, Adipis benzoin. 28,* die durch Zusatz von 5 bis 10% Ichthyol oder Resorcin verstärkt werden kann. Stärkere Epithelwucherung erfordert Chrysarobinbehandlung, z. B.: Rp. *Chrysarobini 5, Acid. salicyl. 2, Ichthyoli 5, Vaselin flav. 88.* Wo eine mildere, längere Behandlung am Platze scheint, eignen sich Dunstumschläge mit: Rp. *Resorcini, Glycerini ana 10·0, Spirit. 180·0.* M. S. Mit 4 Theilen Wasser (oder Camillenthee) zu verdünnen. Schwere Fälle von nässenden seborrhoischen Eczemen der Kinderköpfe, sowie von seborrhoischen Intertrigines machen neben der



Zinkschwefelpaste die Application des Zinkichthyolsalbenmulls nöthig; die seborrhoische Rosacea erfordert gewöhnlich eine einmalige oder wiederholte Schälung mit: Rp. *Zinc. oxyd. 4, Terrae siliceae 1, Adip. benzoin. 15, Resorcini 20.*

902. ***Ueber eine seltene Form von syphilitischer Entzündung der Aorta.*** *Von Dr. Jona. (Riforma med. 1894. 167. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 36.)*

Es ist bekannt, eine wie grosse Rolle die Syphilis bei der Entzündung der Aorta, wie bei der Entstehung der Aneurysmen der Aorta spielt. *Langenbeck* führte auf sie die Hälfte aller Fälle zurück, *Fränkel* 47%. Verf. erörtert die Frage: Kann man aus dem pathologisch-anatomischen und histologischen Befunde einer Aortitis mit Sicherheit auf luetischen Ursprung schliessen? Gibt es bestimmte Charaktere für die specifische Form? Verf. findet solche im vorliegenden Falle in einer Reihe taschenförmiger kleiner Aneurysmen 4 Cm. oberhalb der Aortenklappen. Dieselben sind erbsen- bis haselnussgross, weit mit dem Aortenlumen communicirend; es sind 5 grosse, 3—4 kleinere Höhlen, von einem erhabenen Rande umgeben, an welchem sich umschriebene geringe Verkalkung findet. Der Grund dieser kleinen Aneurysmen ist durchscheinend. Die taschenförmige Gestalt der Aneurysmen, ihre Multiplicität, ihr Sitz an der Prädilectionsstelle der Aortitis syphilitica sind nach Verf. 3 Hauptkriterien. Ausserdem erweist der histologische Befund, dass es sich um eine Läsion handelt, welche alle 3 Häute des Gefässes gleichermassen betrifft.

903. ***Epithelioma oder Syphilis der Zunge? (Glossite syphilitique ou epithélioma?)*** *Von Dr. Du Castel. Société de dermatologie et syphiligraphie de Paris, Séance du 12 Avril 1894. (Semaine méd. 1894. 25. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 8.)*

Ein Patient hat seit zwei Jahren eine granulirende Geschwürsfläche an der linken hinteren Zungenfläche. Keine Gangliengeschwulst und keine Anamnese von Syphilis. Dennoch wurde antisyphilitische Behandlung eingeschlagen, welche grosse Besserung brachte, ohne jedoch zur definitiven Heilung zu führen. Dr. *Fournier* bemerkt, dass bei zweifelhafter Diagnose in solchen Fällen die antisyphilitischen Behandlung gewöhnlich Besserung hervorbringt, obgleich man es mit einem Epithelioma zu thun hat; die Diagnose des Epithelioma wird in solchen Fällen im späteren Verlaufe bekräftigt. Man kann nicht in allen diesen Fällen mit *Verneuil* eine hybride Form von Syphilis mit Krebs annehmen, sondern man muss annehmen, dass Quecksilber und Jod einen momentan günstigen Einfluss auf Krebs haben.

904. ***Der Einfluss der frühzeitigen antiluetischen Behandlung auf das Nervensystem.*** *Von Dr. A. Deutsch. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894. Bd. XXVIII. 2 u. 3. — Centralbl. f. Therap. 1894. IX.)*

Die Gegner der frühzeitigen antiluetischen Behandlung führen gegen diese Therapie unter Anderem auch das Argument in's Feld, dass durch diese Cur das Nervensystem eine krankhafte Veränderung erleide, die sich leicht hätte vermeiden lassen, wenn die Therapie erst nach Ausbruch der allgemeinen Erscheinungen eingesetzt hätte. Auf Grund genauer klinischer Beobachtungen führt



Verf. einen durch Zahlen belegten Beweis, dass die frühzeitige Behandlung für diese krankhaften Vorgänge nicht angeschuldigt werden kann. Es ist eine feststehende Thatsache, dass schon zur Zeit der ersten allgemeinen Erscheinungen functionelle Störungen auftreten, die mit der Einwirkung des Giftes auf die Centraltheile des Nervensystems in Verbindung gebracht werden müssen. Es ist dies die krankhafte Reflexerregbarkeit des Nervensystems. Dies bedeutet eine Herabsetzung der Resistenz des Centralnervensystems gegenüber dem Gifte. Bleiben diese Organe der Einwirkung des Giftes ohne Dazwischentreten einer Behandlung preisgegeben, so ist eine tiefe Schädigung derselben eine natürliche Folge und durch Verf.'s Beobachtungen ist dieser Gedankengang auch bestätigt. Es ist aber auch der Satz, dass die frühzeitige Behandlung zu keinen Nervenstörungen führt, durch directe klinische Beobachtung erhärtet, vorausgesetzt, dass die Cur schon zu einer Zeit begann, als noch keine nervösen Störungen nachzuweisen waren und die Therapie ausgiebig durchgeführt wurde.

905. ***Ueber Calomel-Traumaticin als Antisyphiliticum.*** *Von Cauchard. (Semaine méd. 1894. 41. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 68.)*

Verf. hat bei gewissen Syphilisaffectionen bemerkenswerth gute Resultate durch Anwendung des Calomel-Traumaticin, welches 25% Calomel vapore paratum enthält, erzielt. Diese Methode ist vor Kurzem durch *Geroni* empfohlen worden. Die guten Resultate, welche letzterer mit dieser Behandlungsmethode beobachtete, wurden von *Jullien* in Paris bestätigt. Die Art und Weise der Behandlung ist folgende: Nach Verabreichung eines warmen Bades trägt man das Traumaticin mit Hilfe eines Pinsels auf die erkrankte Hautstelle auf. Nach Verdampfung des Chloroforms bildet sich eine Kruste, welche der Haut innig anhaftet. Diese Pinselung wird dreimal wöchentlich wiederholt. Alle syphilitischen Hautsymptome sollen hierauf schnell verschwinden. Nach den Erfahrungen Verf.'s heilen secundäre Läsionen im Verlauf von 20—30 Tagen nach 5—6maliger Einpinselung. Am wirksamsten ist die Methode bei papulösen, pustulösen und squamösen Syphiliden. Der Vorzug dieser Behandlungsweise besteht darin, dass die allgemeine und Localbehandlung combinirt werden kann. Die Pinselungen sind daher bei schwachen cachectischen Individuen indicirt, bei denen die interne Verabreichung von Quecksilberpräparaten nicht vertragen wird. Von Wirksamkeit und indicirt ist sie ferner in allen jenen Hautaffectionen, welche in späteren Stadien der Syphilis aufzutreten pflegen.

906. ***Ueber die Behandlung des Lupus mittelst Parachlorphenol.*** *Von Dr. A. Elsenberg. (Arch. f. Dermat u. Syph. 1894. H. 1. — Centralbl. f. d. ger. Ther. 1894. 9.)*

Von den drei isomeren Chlorophenolen besitzt das Parachlorphenol die grösste antiseptische Kraft; schon 2%ige Lösungen davon wirken mehr desinficirend als 5% Phenol. Es bildet bei Zimmertemperatur Krystalle, welche bei 38 Grad schmelzen; es löst sich in Alkohol und Aether, wenig in Wasser; es coagulirt Eiweiss in geringem Masse und riecht nach Phenol. Es wird in Substanz auf die kranken Stellen eingerieben, nachdem sie zuvor



mit Alkohol und Aether gewaschen wurden. Es kann auch in Salbenform angewendet werden. Die Salbe besteht aus gleichen Theilen Lanolin, Vaselin, Stärke und Parachlorphenol. Nach Einpinselung mit dem Mittel wird die Salbe noch 10 bis 12 Stunden belassen; dann wird alles weggewischt und die behandelte Stelle mit einer Salicyl- oder Jodoformsalbe bedeckt. Nach Verlauf von einigen Secunden wird die behandelte Hautfläche milchigweiss und erhaben und die Umgebung von einem rothen Saum umfasst. Nach einigen Stunden schwindet die weisse Farbe und das Ganze ist jetzt stark geröthet und geschwellt, wodurch es von der Umgebung stark absticht; zugleich damit tritt ein Aussickern von röthlichem Serum auf. Nach einem Tage versiegt das Aussickern; es bildet sich ein dunkelgelber bis schwarzer Schorf, der nach 3 bis 4 Tagen sich ablöst. Die gesunde Haut zeigt diese Veränderungen in viel geringerem Grade und nur kurze Zeit hindurch. Subjectiv tritt schmerzhaftes Brennen auf. Nach mehrmaliger Einreibung der kranken Stellen mit dem Mittel nimmt die Schwellung immer mehr ab; die Infiltrate der Haut werden ärmer, die Haut glättet sich, bis sich eine Narbe bildet, die mit Epithel bedeckt ist. Im Ganzen hat dieses Mittel in seiner Wirkungsweise viel Aehnlichkeit mit dem *Koch*'schen Heilmittel, ohne allgemeine Erscheinungen zu bewirken, auch sind die localen Wirkungen des *Koch*'schen Mittels etwas stärker, aber nicht so lange anhaltend.

907. ***Zur Behandlung der Syphilis in der Schwangerschaft.*** *Von Dr. **Rumpe**, Crefeld. (Festschrift des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirkes Düsseldorf. Wiesbaden, 1894. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 75.)*

Die Arbeit lenkt die Aufmerksamkeit auf die Geissel des ehelichen Lebens, welche die Gattin zu lebenslänglicher Erkrankung und oft zur Kinderlosigkeit verurtheilt und sie noch obendrein dem stillen Groll oder den lauten Vorwürfen des meist selbst schuldigen Ehegatten preisgibt. Andererseits rächt sie die Fehltritte der Eltern an deren Kindern und behaftet dieselben mit dem Fluche der Erblichkeit dieser Krankheit. Verf. kritisirt in Kürze die bisher gebräuchlichen Applicationsweisen des Quecksilbers. Er schildert die Gefahr der Sublimatinjectionen durch Hg-Intoxication. Berichtet doch *Kaposi* über die Obduction einer an Sublimatvergiftung gestorbenen Gravida, bei der sich 70% Hg noch an der Einstichstelle deponirt vorfanden. Er erwähnt weiter die Unzulänglichkeit des Hg per os, dabei der erhöhten Gefahr der gastrischen Störungen bei Schwangeren und der ungenügenden Dauerwirkung, endlich der Unmöglichkeit der Anwendung der odiösen Schmiercur in besseren Gesellschaftskreisen. Diese Gefahren und Uebelstände werden durch die vor einigen Jahren eingeführten organischen Quecksilberverbindungen vermieden. Der Vortheil beruht auf der Schnelligkeit und Leichtigkeit der Resorption und auf der Kürze der Einzelcur. Der Verf. bedient sich des Hydrargyrum salicylicum 1·0 : 9·0 Paraff. liquidum zu subcutanen Injectionen in die Nates. Seine Erfahrungen haben ihn zu folgender Methode geführt: Bei der Verschiedenheit, mit der Schwangere auf Hg reagiren, injicirt er, um jede Gefahr zu vermeiden, zuerst eine halbe Spritze. Die Dauer der Einzelcur beträgt vier Wochen:



während dieser Zeit injicirt er alle fünf Tage eine Spritze, im ganzen also 5—6 Spritzen. Er beginnt mit den Injectionen in der 13. Woche der Schwangerschaft und lässt der ersten Cur nach 3 Monaten eine zweite folgen. Nach Verf. ist diese antiluetische Behandlung indicirt, wenn die Anamnese der Gravida Lues ergibt, oder wenn durch mehrere vorangegangene Aborte oder nach mehreren kurz nach der Geburt erfolgten Todesfällen sich dem Arzte die Ueberzeugung aufdrängt, dass Lues vorliegt, mit der Begründung, dass die Infection oft geleugnet wird. Wichtig ist ferner, dass bei jeder neuerfolgten Conception eine neue Cur nothwendig ist. In zwei Fällen, welche sich bei erneuter Schwangerschaft der Behandlung entzogen, trat wieder Abort ein. Der Grund liegt nach Verf. in dem latenten Fortbestehen der Lues bei Männern, welche die Behandlung verweigern, oder daran, dass das Virus dem Sperma besonders lange anhaftet. In allen Fällen, 10 an der Zahl, welche sich der Behandlung unterzogen, hat Verf. trotz früherer Aborte stets ausgetragene und gesunde Früchte erzielt.

908. ***Ueber die Behandlung der Psoriasis mit grossen Dosen von Jodkalium, nebst Bemerkungen über die Jodwirkung.*** *Von* **Seifert.** *(Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXVII. Heft 3.)*

Bei den grossen Unbequemlichkeiten, welche die externe Behandlung der Psoriasis mit sich bringt, ist es gewiss berechtigt, wenn die interne Therapie immer wieder versucht wird. Den sehr günstigen Berichten, welche vor Allem *Haslund* über die Einwirkung grosser Dosen von Jodkali auf Psoriasis gegeben hat, sind wenig Bestätigungen gefolgt. Verf. stellt die Literatur über diese Behandlungsmethode zusammen und berichtet ausführlich über 13 Fälle, welche er selbst mit grossen Mengen Jodkali (im Ganzen 344—872 Grm. pro Fall) behandelt hat; er hat in einem Theil dieser Fälle eine Rückbildung der Efflorescenzen eintreten sehen, deren Beginn in die 4.—5. Woche nach Einleitung dieser Behandlung fällt. In anderen Fällen schien es, als ob die locale Behandlung nach und neben der internen schnellere und günstigere Resultate herbeiführte; in 4 Fällen trat nur durch Jodkali vollkommene Heilung ein. In einem 2. Theil seiner Arbeit bespricht Verf. die Nebenwirkungen des Jodkali, welche im Allgemeinen im Verhältniss zu der Grösse der angewendeten Dosis auffallend gering sind. Dass Retention des Jodkali im Körper (bei Nierenerkrankungen) zu Jodismus disponirt, ist Verf. zweifellos; die Hauptrolle aber spielt beim Zustandekommen der Joderscheinungen doch die individuelle Toleranz, respective die Idiosyncrasie. Von den verschiedenen Nebenwirkungen, von denen besonders die Hauterscheinungen auf Grund der vorhandenen Literatur eingehend besprochen werden, ist besonders die Wirkung auf den Puls und auf die Temperatur hervorzuheben; in fast allen Fällen ist eine manchmal nur an einzelnen Tagen beobachtete Steigerung der Pulsfrequenz constatirt, in einem Falle bis 170, ohne dass das Allgemeinbefinden irgendwie gestört war. Noch interessanter ist das Jodfieber, welchem nach den Beobachtungen von Verf. — er hat in 6 Fällen nur das Jodkali als Ursache des Fiebers auffinden können — eine Beschleunigung der Pulsfrequenz vorangeht, und welches bei kleinen und grossen



Dosen auftreten kann; in einem Falle folgte auf jede Erhöhung der Tagesdosis eine Erhöhung der Temperatur; wie die anderen Nebenwirkungen des Jodkali, so kann das Fieber auch bei fortgesetzter Medication wieder schwinden; leichtere Grade desselben machen keinerlei Störungen und sind deswegen gewiss häufig übersehen worden.

Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

909. ***Milchwirthschaften und Infectionskrankheiten.*** *Von **J. J. Welply.** (Lancet. 1894. 21. April. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 15.)*

Verf. konnte in überzeugender Weise eine umschriebene, an sich aber nicht unbeträchtliche Typhusepidemie auf eine Verbreitung des Virus durch Milch zurückführen. Bodenbeschaffenheit und speciell auch Wasserversorgung waren als wirkende Factoren zur Evidenz auszuschliessen. In dem befallenen ländlichen District lag eine grosse Reihe von Farmen; ein Theil derselben schickte seine Milch einer Meierei zu, welche nach Abrahmung derselben die gemischte Magermilch diesen Farmen wieder zur Verfügung stellte. Nur in der beschränkten Gruppe der mit der einen Meierei in Connex stehenden Farmen und hier nur wieder in den Häusern, in denen nicht volle, sondern jene abgerahmte Milch getrunken wurde, kamen Erkrankungsfälle vor, fernerhin einige weitere direct auf von jener Meierei versorgte Milchwirthschaften zurückzuleitende in der nahegelegenen Stadt. 61 zugleich oder in rascher Folge erkrankte Personen kamen in Verf.'s Beobachtung, 52 direct, 9 indirect inficirte. Uebertragungen durch Butter wurden nicht gesehen. Vor Ausbruch der Gruppenerkrankungen hatte ein Kranker, der sein Leiden allem Anschein nach aus einem sicher zu der Zeit von Typhus heimgesuchten Orte mitgebracht hatte, in der einen Farm gelegen; in dieser letzteren war früher nie ein Typhusfall vorgekommen, während am Platz selbst die Krankheit seit Monaten unbekannt gewesen war. Beim Melken, durch die Hände der Milchmädchen, glaubt Verf., dass die Verunreinigung der Milch zu Stande gekommen, da diesen Mädchen sowohl in dem ersten, wie auch häufig in den späteren Fällen die Pflege der Kranken oblag. Mit Recht plaidirt er für strengste hygienische Ueberwachung solcher Meiereien.

910. ***Ueber zwei neue in Wasser gefundene Commabacillenarten.*** *Von Stabsarzt Dr. **Bonhoff.** Aus dem hygien. Institut zu Berlin. (Arch. f. Hygiene. XIX. 3. pag. 248, 1893. — Schmidt's Jahrb. 1894. 9).*

Spirillen, welche den Cholerabacillen sehr ähnlich waren, wurden in neuester Zeit schon mehrfach in Wasser verschiedenster Herkunft aufgefunden. Auch Verf. ist es gelungen, in einem aus Stolp in Pommern stammenden Wasser, neben zahllosen anderen Bacterienarten, zwei Commabacillenarten zu entdecken, von denen die erste eine überraschende Aehnlichkeit mit Cholerabacillen hatte, doch fehlte die Nitrosoindolreaction, das Wachsthum in Gelatine wich vom 10. Tage an sehr erheblich von dem des Cholerabacillus



ab und auch das mikroskopische Bild des gefärbten Präparates zeigte eine grosse Unbeständigkeit der Commaform. Die zweite noch genauer studirte Commabacillenart, welche aus demselben Wasser gezüchtet wurde, glich im mikroskopischen Bild dem *Koch*'schen Choleravibrio sehr auffallend, unterschied sich jedoch in vielen wesentlichen Punkten von diesem (verflüssigt die Gelatine nicht u. s. w.). Sie gab die Nitrosoindolreaction genau wie der Cholerabacillus. Ueber die pathogenen Eigenschaften dieses Vibrio wurden übereinstimmende Resultate nicht erzielt, doch ist jedenfalls so viel klar geworden, dass er nicht sehr beträchtlich pathogen wirkt.

911. ***Ueber die Gefahren des Velocipedfahrens.*** *Von **H. L. Petit.** Vortrag in der Acad. de Médecine in der Sitzung vom 4. September 1894. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 38.)*

Verf. beobachtete drei Fälle plötzlichen Todes bei Leuten mit Herzfehlern in Folge des Velocipedgebrauches; 1 Fall betraf einen 60jährigen Mann, der zweite einen 48jährigen Arzt und der dritte einen 40jährigen Professionsfahrer. Von den 100.000 Radfahrern, die es ungefähr in Paris gäbe, seien es mindestens 100, welche einen Herzfehler haben, und daher angezeigt, sie auf die Gefahr, welcher sie ausgesetzt sind, aufmerksam zu machen. In Gemeinschaft mit *Bouchard* und *Legendre* hatte Verf. schon auf die Gefahren physischer Ueberanstrengung bei Kindern die Aufmerksamkeit gelenkt und *Bouchard* die Gefahr hervorgehoben, welche das jugendliche Individuum bedrohe, wenn bei Sportsübungen die Körpertemperatur die Norm überschreite und die Herzschläge 160 erreichten; dasselbe sei der Fall bei erwachsenen Personen, welche schwächlich oder mit irgend einem Fehler an Herz oder Lunge behaftet sind. *Legendre* hob sogar hervor, dass der Gebrauch des Velocipeds unter Anderem vor Allem Affectionen des Herzens hervorrufen oder wieder zum Ausbruch bringen könne. Wenn in allen Sportsübungen schon für die Herzkranken eine Gefahr liegt, so ist diese Gefahr beim Velociped eine noch grössere, da nicht nur ein Aufwand physischer Kraft dabei gefordert wird, sondern auch heftige psychische Bewegungen (Furcht zu fallen, mit einem Wagen oder Passanten zusammenzustossen) und in Folge dessen Herzpalpitationen auftreten. Aus seinen Erfahrungen glaubt also Verf. folgende Schlüsse ziehen zu müssen: 1. Herzkrankheiten bilden eine völlige Gegenanzeige für die Anwendung des Velocipeds. 2. Gleicherweise müssen ältere Personen sich dessen enthalten. 3. Beide Kategorien müssen, wenn sie sich diesem Sport hingeben, auf schwere, selbst tödtliche Zufälle gefasst sein.

912. ***Die Heilung des Milzbrandes durch Erysipelserum und Vorschläge über die ätiologische Behandlung von Krebs und anderen malignen Neubildungen, sowie von Lupus, Tuberculose, Rotz und Syphilis nach Untersuchungen von DDr. R. Emmerich, Most, H. Scholl und Tsuboi.*** *Von **R. Emmerich,** München. (Münchener med. Wochenschrift. 1894. 28—31.)*

Während von den oben genannten Autoren noch besondere Publicationen über einzelne Fragen der Erysipelheilserumtherapie in Aussicht gestellt werden, berichtet Verf. über die von allen vieren gemeinsam angestellten Versuche.



In dem ersten Theil dieser Versuche gelang es, mit coccenfreiem Erysipelserum von Kaninchen andere Kaninchen, die mit grösseren Dosen Milzbrandculturen geimpft waren, zu heilen. Das Serum wurde aus dem Blute des mit Erysipelcoccen geimpften und am dritten Tage durch Verblutung getödteten Versuchsthieres nach Filtration durch *Chamberland*-Filter gewonnen, oder durch feine Zerstückelung, Auspressung und Filtration der gesammten Körpersubstanz von spontan gestorbenen Erysipelkaninchen hergestellt. Ein Vorversuch hatte ergeben, dass eine vollvirulente Erysipelcoccencultur gegen gleichzeitig eingeimpften Milzbrand schützen kann. Von den drei auf diese Weise behandelten Milzbrandkaninchen ging nur eines zu Grunde, wahrscheinlich weil es nur am ersten Tage Heilseruminjectionen erhalten hatte. Die anderen beiden wurden, obgleich offenbar zuerst erkrankt, durch wiederholte Heilseruminjectionen vollständig geheilt, während sämmtliche drei Controlkaninchen an Milzbrand zu Grunde gingen. Es dauerte jedoch mehrere Tage, bis die letzten Milzbrandbacillen im Organismus vernichtet waren, und die Sicherheit des Heilerfolges liess Manches zu wünschen übrig. Viel sicherer gelangen die Heilversuche bei Milzbrandkaninchen vermittelst des durch *Chamberland*-Filter keimfrei gemachten Serums von mit Erysipelcoccen inficirten Schafen. Die auf diese Weise behandelten zwei Versuchsthiere blieben beide am Leben, während beide Controlthiere, welche mit gleichen Mengen Milzbrandblut inficirt waren, schnell starben. Auf Grund dieser eclatanten Heilwirkung wird dann die Möglichkeit erörtert und aus der Literatur belegt, auch andere Krankheiten, wie Krebs, Lupus, Rotz, Syphilis, auf gleiche Weise zu heilen. Ferner wird durch zwei Kaninchenimpfungen gezeigt, dass er durch Injection von Erysipelcoccenculturen gelingt, die Impftuberculose am Kaninchenauge temporär zum Stillstand zu bringen. Allerdings ging eines der so behandelten Versuchsthiere nach acht Tagen zu Grunde — anscheinend an Erysipel, wenigstens wurden bei der Section nur sehr geringe Zeichen von Tuberculose getroffen —, aber das zweite der behandelten Thiere überlebte die Tuberculosecontrolthiere um drei, beziehungsweise vier Wochen. Versuche, die Tuberculose durch andere Bacterien oder deren Stoffwechselproducte zu heilen, misslangen für Schweinerothlauf und 14 andere für Kaninchen pathogene Bacterienarten, welche hier nicht namentlich aufgeführt werden. Verf. glaubt, aus der Literatur und aus den bisher angegebenen Versuchen annehmen zu dürfen, dass auch bei Diphtherie, Tetanus, acuter Gelenkentzündung und malignen Neubildungen ähnliche gute Resultate durch Erysipelheilserum zu erwarten sind. Die Theorie dieser Heilwirkung denkt sich Verf. folgendermassen: durch den Zerfall von Leukocyten entsteht im Blute höchst labiles, actives Eiweiss, Immunproteïn, welches sich mit einem eiweissartigen Zerfallsproduct der Erysipelcoccenleiber zu einer neuen Eiweisssubstanz, Immunproteïdin, verbindet. Dies Erysipelimmunproteïdin, das sich im Schafblutserum viel stärker concentrirt als im Kaninchenserum findet, wirkt auf Milzbrandbacillen ebenso wie auf andere bekannte oder hypothetische Krankheitserreger tödtend. Das Heilserum wird vom November ab von Dr. *Scholl,* Privatlaboratorium, Thalkirchen, bezogen werden können.

913. ***Ueber Ernährung mit Conserven.*** *Von Professor Dr.* ***W. F. Loebisch.*** *(Referat erstattet beim VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Budapest. 1894.)*

Nachdem der Vortr. die hohe Bedeutung der Conserven für die Verpflegung der Heere in Kriegszeiten ausführlich erörterte, betont er, dass man nicht ermüden darf, um die Verpflegung mit Conserven in Kriegszeiten zu sichern, an der Verbesserung derselben zu arbeiten. Als nächste Ziele in letzterer Beziehung stellt Verf. am Schlusse des Vortrages folgende Punkte auf: Eine sämmtliche Nährstoffe in gehörigem Verhältnisse enthaltene Dauerconserve nach dem Muster der bekannten Erbswurst darzustellen, ist bisher nicht gelungen. Durch Verminderung des Fettgehaltes der bisher gebräuchlichen Conserve, durch einen geringen Zusatz von gedörrtem Fleisch und durch eine Abwechslung in den Leguminosen, welche nur in gedämpfter Form angewendet werden dürfen, könnte diese Form der Conserven bedeutend verbessert werden. Es ist als Fortschritt zu begrüssen, dass neben der Gulyasconserve, deren Geschmack vom 4.—5. Tage an der Mannschaft widersteht, zur Abwechslung auch andere Fleischconserven eingeführt werden. Hierbei ist die physiologische Thatsache zu berücksichtigen, dass gewürzte Speisen dem Geschmacke eher widerstehen, als blande. Es soll die Fleischconserve im Allgemeinen nur mässig gewürzt sein, und neben solchen auch einige blander Natur wie einfach gekochtes Fleisch, dargeboten werden. Die gebräuchlichen Suppenconserven sind von einander im Geschmacke viel zu wenig verschieden und schmecken zum Frühstücke überhaupt fade. Auch hier wäre eine Aenderung durch Schaffung mehrerer Kategorien von Vortheil. Schon eine Linsensuppe wäre geschmackvoller, wie die übliche Erbsensuppe. Die Kaffeeconserve muss, soll sie ihren Zweck erreichen, durch eine bessere Packung vor dem Ausrauchen geschützt sein. Die Organe der Intendanz sollen dahin geschult sein, um eine rasche und gründliche Untersuchung der Conserven auf fremdartige Beimischungen vornehmen zu können.

914. ***Individuelle Prophylaxe gegen Diphtherie der oberen Luftwege.*** *Von Dr.* ***A. Caillé.*** *(New Yorker med. Monatsschr. 1894. 3.)*

Bei Besprechung der allgemeinen Prophylaxe, beziehungsweise der Staats- oder Municipalaufsicht, die sich bisher der Diphtherie gegenüber als völlig unzulänglich und ohnmächtig erwiesen hat, befürwortet Verf. die tägliche ärztliche Inspection der Schulkinder vor oder nach dem Unterricht. Kinder, welche an Nasenrachencatarrh, an einfacher oder diphtheritischer Angina, an Hautausschlägen, oder an Ophthalmo-Blennorrhoea leiden, sollen sofort nach Hause geschickt und in ärztliche Behandlung gegeben werden. Die individuelle Prophylaxe betreffend, kommt Verf. auf Grund seiner Versuche zu folgendem Resumé: 1. Eine gute und wirksame Prophylaxe besteht in einer regelmässigen, Tag für Tag fortgesetzten Nasenrachentoilette mittelst schwacher antiseptischer Lösungen. 2. Catarrhalische und hyperplastische Processe des Nasenrachenraumes, so wie cariöse Zähne begünstigen die diphtheritische Infection und erfordern energische Behandlung. 3. Die Nasenrachentoilette ist indicirt: *a)* Bei gesunden Kindern nach



dem 9. Monate, speciell bei Kindern, die der diphtheritischen Infection ausgesetzt sind. *b)* In jedem Falle von Nasenrachencatarrh, Keuchhusten, Scharlach, Masern und vor und nach der Tonsillotomie. Zur Nasenrachentoilette ist es ausreichend, Kindern vom 9. Monat ab zweimal täglich einen Theelöffel voll lauwarmer Kochsalz- oder Borsäurelösung mittelst Löffels bei offenem Munde während der Rückenlage in die Nase einzuträufeln. Ausserdem sind ältere Kinder möglichst frühzeitig zum Gurgeln mit leicht antiseptischen Flüssigkeiten anzuhalten. Forcirte Einspritzungen in die Nase sind wegen der damit verbundenen Gefahr einer Otitis media entschieden zu verwerfen. Bei sehr jungen Kindern ist das angegebene Verfahren wegen der Seltenheit der diphtheritischen Infection überflüssig. Durch diese Nasenrachentoilette hofft Verf. in prophylaktischer Weise die Diphtherie wirksam bekämpfen zu können.

915. ***Versuche über das Verhalten von Militärtuch, Leinwand und anderen Gegenständen zu Sublimatlösung 1:1000.*** *Von **M. Kubla.** (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 35.)*

Verf. warnt vor der Desinfection von Soldatenkleidern mit Sublimatlösung, da Militärtuch aus einer 1‰ Sublimatlösung das Sublimat schnell und so vollständig entfernt, dass im Wasser mit den empfindlichsten Reagentien keine Spur von Quecksilber nachweisbar ist. Je älter das Tuch, desto mehr Quecksilber saugt es auf, und zwar haftet das aufgenommene Hg so fest an der Faser, dass es ohne Zerstörung der letzteren nicht wieder ausgezogen werden kann. Beim Abtragen der Kleidungsstoffe kommt das Hg als Pulver in die Athemluft. Es nehmen im Durchschnitt auf: weisser Wollstoff (wollene Decken) 9·37 Gewichtsprocent, graues Militärtuch 3·52—3·72%, dunkelgrünes 2·81%, Menschenhaare 2·50%, Leinwand 0·50%.

Literatur.

916. ***Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie.*** *Bearbeitet von Dr. **Albert Hoffa,** Privatdocenten der Chirurgie an der Universität Würzburg. 2. Auflage, mit 956 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.*

Bedenkt man, dass die Orthopädie als ein Specialgebiet der Chirurgie nicht von allen Vertretern dieser letzteren geübt wird, dann ist der Erfolg des vorliegenden Werkes, der 3 Jahre nach dem Erscheinen desselben eine neue Auflage nöthig machte, umso höher anzuschlagen. Auch in der vorliegenden, „dem Meister der Chirurgie, Professor Dr. *Franz König*“ gewidmeten Auflage hat Verf. seinem Werke den Charakter des Lehrbuches gewahrt, das dem praktischen Arzte von Nutzen sein soll. Demgemäss zeigt Verf. die Mittel und Wege, welche in einem gegebenen Falle am sichersten und schnellsten, mit den wenigsten functionellen Störungen, mit den geringsten Kosten, und dem bestmöglichsten kosmetischen Resultat die Heilung herbeizuführen vermögen. Ueberdies ist der Verf. bestrebt, durch Schilderung der allgemeinen Grundlagen der Mechanik

und durch die Beschreibung der Herstellung orthopädischer Apparate, die Aerzte vom Bandagisten unabhängig zu machen. Die vorliegende 2. Auflage hat entsprechend den Fortschritten der Orthopädie und den gesteigerten Erfahrungen des Verf. eine gründliche Umarbeitung erfahren, namentlich in dem Abschnitte, welcher den allgemeinen Theil betreffend die Eintheilung der Deformitäten enthält, ferner in den Abschnitten über den Schiefhals, die Scoliose, die angeborenen Hüftgelenksverrenkungen, dem Plattfuss. Ganz neu eingefügt wurde der Abschnitt über die ambulante Behandlung der Gelenkstuberculosen der unteren Extremität; für die ambulante Behandlung der Coxitis empfiehlt Verf. als besten Apparat den *Hessing*'schen, er gestattet das Hüftgelenk absolut und sicher zu fixiren, das Knie- und Fussgelenk aber und die Lendenwirbelsäule beweglich zu erhalten. Ein Theil der früheren Figuren, welche Verf. entbehrlich schienen, wurden weggelassen, dafür sind 70 neue Figuren aufgenommen worden. Die Ausstattung ist die bekannte solide der Enke'schen Verlagshandlung.

917. ***Augenheilkunde und Ophthalmoskopie für Aerzte und Studirende.*** *Bearbeitet von Dr.* ***Hermann Schmidt-Rimpler,*** *o. ö. Prof. der Augenheilkunde, Geh. Medicinalrath u. Director der ophthalmiatrischen Klinik an der Universität zu Göttingen. 6. verbesserte Auflage. Mit 185 Abbildungen in Holzschnitt und zwei Farbendrucktafeln. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden. 1894.*

Die Augenheilkunde von *Schmidt-Rimpler*, die diesmal in der 6. Auflage vor uns liegt, bedarf der neuerlichen Empfehlung nicht, um auch fernerhin ihre wohlverdiente Stelle unter den Lehrbüchern der Ophthalmologie zu wahren. Dieselbe Sorgfalt, welche Verf. seit Jahren seinem Werke widmet, um es auf der jeweiligen Höhe der Doctrin zu halten, ist auch in der vorliegenden Auflage deutlich zu erkennen. Beim Trachom bespricht der Verf. ebenfalls die neuesten zur Bekämpfung des Leidens empfohlenen Methoden eingehend. Dabei empfiehlt er zur mechanischen Zerstörung der Granulationen auf Grund eigener Erfahrungen die Anwendung der Rollpincette, wie sie auch *Knapp* anwendet. Trotz der Berücksichtigung der neuen Literatur ist die Seitenzahl des Werkes nicht vermehrt worden.

918. ***Der XIV. Jahresbericht*** des unter der Direction des k. k. Regierungsrathes Dr. med. ***Emil Rollett*** stehenden ***Erzh. Sophien-Spitales in Wien,*** VII., Kaiserstrasse 7, zeigt wieder erfreuliche Resultate hinsichtlich der im Jahre 1893 entfalteten humanitären Thätigkeit dieser Anstalt.

Mit Rücksicht auf die geringen verfügbaren Geldmittel war es leider noch immer nicht möglich, die in der Anstalt weiters noch vorhandenen und seit Jahren leer stehenden Räumlichkeiten zum Krankenbelage heranzuziehen, so dass diese Humanitätsanstalt sich darauf beschränkt sah, so ziemlich im Rahmen des Vorjahres, das ist mit dem Belage von höchstens 60 Betten (davon 44 Stiftungsbetten) den Betrieb fortzuführen. Insgesammt standen 769 Kranke (gegen 724 des Vorjahres) mit 18.828 Verpflegstagen in ärztlicher Behandlung, wovon 220 Kranke mit 4665 Verpflegstagen auf die chirurgische Abtheilung, alle übrigen auf die medicinische Abtheilung entfallen. Auf Kosten der Stiftung wurden von obigen 769 Personen 640 Kranke mit 16.218 Verpflegstagen behandelt. Als Zahlpatienten standen auf beiden Abtheilungen 129 Kranke in Pflege. Unter den chirurgischen Kranken befanden



sich 23 Personen, welche durch zusammen 699 Verpflegstage für Rechnung der Dr. *Romich*'schen Stiftung behandelt worden sind. Es wäre wünschenswerth, dass dieser Humanitätsanstalt von Seite der wohlhabenden Bewohnerschaft Wiens durch Zuwendung von Spenden die nothwendige Unterstützung zu Theil werde.

Kleine Mittheilungen.

919. ***Die Vaccination als Mittel gegen Keuchhusten*** empfiehlt *Pizzocaro* (Riforma med. 1893. 56), deren günstige Wirkung haben übrigens schon *Jenner, Chapman, Vogel* u. A. beobachtet. In mehreren sehr heftigen Erkrankungsfällen mit 20—30tägigen Hustenattaken, in welchen die gewöhnlichen Mittel erschöpft waren, trat in der Zeit von 11—18 Tagen nach der Impfung mit animaler Lymphe völlige Heilung ein.

920. ***Behandlung der Diphtheritis mit Kaliumpermanganat.*** *Von Dr. Catrin. (Soc. méd. des hôpit. 1894. 27. Juli.)*

Die behandelten Fälle wurden durch die bacterioskopische Untersuchung als wahre Diphtheritisfälle diagnosticirt. Verf. verwendet 2%ige Lösungen von Kaliumpermanganat in Form von Pinselungen und Gurgelungen. Dabei erzielt er 75% Heilungen. In der Discussion bemerkt *Sevestre*, dass ihm die Behandlung der Diphtherie mit sehr concentrirten Lösungen von Kaliumpermanganat keine ermuthigenden Resultate gegeben hat.

921. ***Gesundheits-Gefährlichkeit amerikanischer Apfelschnitte.*** *(Rundschreiben des Reichskanzlers vom 16. April 1894.)*

Es ist mehrfach die Wahrnehmung gemacht worden, dass in getrockneten Aepfeln, besonders amerikanischen Ursprungs, grosse Mengen Zink enthalten sind (als apfelsaures Zink). Da nach gutachtlicher Aeusserung der Sachverständigen unzweifelhaft in Folge des Genusses solcher Waare Schädigungen der menschlichen Gesundheit eintreten können, so empfiehlt es sich, dass die mit der Ausübung der Gesundheitspolizei betrauten Beamten und Behörden dem Vertrieb getrockneter Aepfel ihre besondere Aufmerksamkeit zuwenden und von Zeit zu Zeit Proben der Waare von Nahrungsmitteln durch Chemiker untersuchen lassen und gegebenen Falles Strafanzeige gegen die Verkäufer gesundheitswidriger Waare erstatten. Nachdem belangreiche Wahrnehmungen gemacht sein werden, beabsichtigt der Reichskanzler zur Herbeiführung eines verstärkten Schutzes ein Verbot des gewerbsmässigen Vertriebes zinkhaltiger Aepfel im Sinne des § 5, Nr. 2 des Nahrungsmittelgesetzes zu erlassen.

922. ***Gegen frische rheumatische Neuralgien des Ischiadicus*** empfiehlt *Domanski: Phenacetin (Bayer), Salol aa. 2·50—4·00, Coffein. puri 0·25—0·40, M. f. p. Div. in dos. aequal. X.* Er hat ungünstige Nebenwirkungen nicht beobachtet und so gute Erfolge gesehen, dass er den Landärzten räth, ihre Morphiumspritze ruhig zu Hause zu lassen.

(„Der Frauenarzt." 1894. 9.)

923. ***Ueber die Incubationsperioden ansteckender Krankheiten*** stellt das New York med. Journ., Juli 1893, folgende Angaben auf:

	Norm.	Maxim.	Minim.
Variola	12 Tage	14 Tage	9 Tage
Varicella	14 „	19 „	13 „
Morbilli	10 „	14 „	4 „
Rubeola	18 „	21 „	8 „
Scarlatina	2 „	7 „	1 „
Influenza	3 „	5 „	1 „
Diphtherie	2 „	7 „	2 „
Typhus	12 „	23 „	5 „
Mumps	19 „	25 „	12 „

(Arch. f. Kinderhk. Bd. XVII, pag. 434.)

924. ***Gegen Leberkolik.*** Nach *Ferrand* (Société méd. des hop. de Paris. 4. Mai 1894) ist Glycerin ein mächtiges, die Gallensecretion beförderndes

Mittel und daher bei Leberkolik zu empfehlen. In Gaben von 20·0 bis 30·0 beseitigt es sehr schnell den Kolikanfall und in Tagesdosen von 5·0 bis 15·0 beugt es neuen Anfällen vor.

(Therap. Monatsh. September 1894. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 76.)

925. ***Bei Verbrennungen*** empfiehlt *Starr* (La Semaine méd. 1894. 35. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 71) folgende Salbe: *Liq. Ferri sesquichlorati 3·0, Vaselini 24·0. M. f. unguentum.* Bei oberflächlichen Verbrennungen aufgestrichen, soll diese Salbe die Schmerzen lindern und Blasenbildung verhindern und auch bei Geschwüren nach tieferen Verbrennungen als Verband gute Dienste leisten.

926. ***Bei Patienten mit Prostatahypertrophie*** bedient sich *Philipp* (Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 7. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 76) eines einfachen Mittels, um das „Steckenbleiben" weicher Catheter zu verhindern. Er zieht einen Faden durch das Auge des Catheters und führt ihn mit dem Instrument in die Harnröhre ein; sobald sich der Catheter an der Prostata stemmt, genügt es, an dem Faden zu ziehen, um das Hinderniss zu überwinden.

Sitzungsberichte.

927. ***Ueber die Fürsorge grosser Städte für die Schwindsüchtigen.*** *Von Geheimrath Prof. E. Leyden. Vortrag in der zweiten allgemeinen Sitzung des internationalen Congresses für Hygiene und Demographie in Budapest 1894. (Allg. med. Central-Ztg. 1894. 76.)*

Die praktische Medicin wie die Hygiene haben einen merklichen Einfluss auf die socialen Bestrebungen der Neuzeit in der Fürsorge für die Armen und Kranken ausgeübt. Namentlich im Kampfe gegen die Volkskrankheiten und Epidemien haben wir durch die Ergebnisse der bacteriologischen Forschung bessere Schutzmassregeln gewonnen. Die verbreitetste Volkskrankheit ist die Lungentuberculose, und sie erheischt vornehmlich die Fürsorge der Gesellschaft für ihre Opfer. Die Zahl der Brustkranken im Deutschen Reiche wird auf 1,300.000 berechnet, davon sterben jährlich 170—180.000, d. h. etwa 8% aller Todesfälle kommt auf die Tuberculose. In Preussen beträgt die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle etwa die Hälfte von der des Deutschen Reiches, in Berlin allein sterben durchschnittlich jährlich 3800 Personen an Schwindsucht. Von dieser grossen Zahl fällt mindestens die Hälfte auf die Unbemittelten und gerade auf das arbeitsfähige Alter. Zu einer planmässigen Prophylaxe der Tuberculose hat erst die Entdeckung des Tuberkelbacillus durch *Robert Koch* die Möglichkeit geboten. Die Krankheit schien dadurch als eine ansteckende erwiesen und jeder damit Behaftete wurde als eine Gefahr für seinen Nachbar betrachtet. Diese weitgehenden Anschauungen haben sich im Laufe der Zeit sehr gemässigt, und man sieht gegenwärtig nur noch in dem Auswurf der Kranken den Punkt, wo eine Prophylaxe der Tuberculose ansetzen kann, die freilich auch in diesem beschränkten Sinne nicht allgemein durchführbar ist. Die Bekämpfung der Schwindsucht durch therapeutische Bestrebungen ist zuerst von Dr. *Brehmer* in Görbersdorf mit Erfolg in die Wege geleitet worden. Er hat gezeigt, dass die Schwindsucht bei geeigneter Behandlung in Anstalten vollkommen heilbar ist. Unter den nach dem Beispiel der *Brehmer*'schen Anstalt geschaffenen ähnlichen Instituten ist in erster Reihe dasjenige in Falkenstein im Taunus zu erwähnen, dessen verdienter Leiter Dr. *Dettweiler* auch das erste Volkssanatorium für Lungenkranke daselbst errichtet hat. Die Heilmethode,



die sich für die Behandlung der Lungenschwindsucht als die weitaus günstigste erwiesen hat, ist die hygienisch-diätetische. In Falkenstein werden 13% der Kranken vollständig, 11% relativ geheilt. Die Anerkennung dieser Heilmethode hat nur vorübergehend eine Unterbrechung durch die Entdeckung des Tuberculins erfahren. Bisher aber ist der Segen dieser Behandlung leider zumeist nur den wohlhabenden Kreisen der Gesellschaft zugänglich. Erst in neuester Zeit hat man angefangen, für die Unbemittelten eine Fürsorge zu treffen, welche dem Können der Wissenschaft entspricht. England, das hinsichtlich des Hospitalwesens einen weiten Vorsprung vor allen anderen Culturstaaten hat, hat zuerst Specialkrankenhäuser für Schwindsüchtige errichtet. Das älteste derselben besteht seit 1804. Diese Hospitäler werden aber sämmtlich durch Privatwohlthätigkeit erhalten. In Deutschland hat 1887 Dr. *Goldschmidt* (Reichenhall) in einem Vortrage „Ueber die Verpflichtung des Staates und der Gesellschaft gegen Lungenschwindsüchtige" zuerst den Vorschlag gemacht, eine Colonie für unbemittelte Lungenkranke zu errichten. In den nächsten Jahren haben *Finkelnburg* (Bonn) und *Leyden* selbst diese Nothwendigkeit nachdrücklich betont. Der Magistrat von Berlin hat sich den ihm gemachten Vorschlägen gegenüber lange Zeit ablehnend verhalten und erst Ende 1892 auf dem Rieselgut Malchow eine Pflegestätte für Lungenkranke errichtet, deren Umfang und Einrichtungen indess den Anforderungen nicht genügen. Von mehr Glück waren die Bemühungen von *Finkelnburg* und *Dettweiler* begleitet. Ihre Anregung ist auf fruchtbaren Boden gefallen. 1892 ist in Falkenstein die erste Volksheilstätte unter *Dettweiler's* Leitung begründet worden, demnächst wird von Frankfurt aus eine zweite in Ruppertshain bei Königstein eröffnet werden. Auch andere deutsche Städte, wie Worms, Bremen, Stettin u. a., sind dem Beispiele gefolgt. Der in Sachsen für diesen Zweck eigens in's Leben gerufene Verein gedenkt in Rheinboldsgrün eine Anstalt aufzuthun. In Wien hat auf Anregung des Prof. *Schrötter* Baron v. Rothschild ein Schloss für eine solche humane Anstalt hergegeben. Sonst aber ist ausserhalb Deutschlands bisher wenig für die Versorgung unbemittelter Lungenkranker geschehen. Ein anderer Weg, auch den Armen die Wohlthat geeigneter Anstaltsbehandlung zu Theil werden zu lassen, wird jetzt durch die Invaliditäts- und Krankencassen angebahnt; ein erster Versuch wird gegenwärtig von der hanseatischen Versicherungsanstalt für die Invaliditäts- und Altersversicherung gemacht, die dadurch ihrer eigenen Oekonomie Nutzen zu bringen hofft. Auf diesem Wege würden die deutschen Arbeiter auf Grund der modernen socialen Gesetzgebung aus eigener Kraft die Sorge für ihre Lungenkranken übernehmen. Für die grosse Masse der unbemittelten Lungenkranken werden aber die Städte die Fürsorge übernehmen müssen. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft erfordert die Behandlung der Schwindsucht die Errichtung von Specialheilstätten. Sie gewährleisten nicht nur eine zweckmässige Behandlung, sondern auch eine Verhütung der Verbreitung und Uebertragung der Tuberculose. Denn nur in Anstalten lässt sich der Auswurf der Schwindsüchtigen auf die Dauer mit Sicherheit unschädlich machen. Dass der Plan von Volksheilstätten durchführbar ist, zeigen schon die bisherigen Erfahrungen. Leider steht aber die Mehrzahl der Grossstädte seiner Ausführung noch fern. Die Kosten sind keine unerschwinglichen; sie belaufen sich auf 2—2·50 Mk. pro Kopf und Tag. Die Schwerkranken sollen von den Anstalten aus-



geschlossen und nur diejenigen Aufnahme finden, die eine bestimmte Aussicht auf Heilung oder erhebliche Besserung haben. Nach dem Beispiele englischer Krankenhäuser soll man auch die Möglichkeit in's Auge fassen, die Kranken arbeiten zu lassen, um zu den Curkosten beizutragen oder sich selbst etwas zu verdienen. Denn zu leichteren Arbeiten sind Lungenschwindsüchtige im ersten Krankheitsstadium befähigt. Solche Heilanstalten sollen in gesunder Umgebung errichtet werden, indessen ist Höhenlage und Waldluft nicht nothwenig. Am meisten ist Staub und scharfer Wind zu fürchten. Die Nähe der Stadt gewährt den Vortheil einer besseren Beaufsichtigung der Anstalt, für die Kranken den Verkehr mit ihrer Familie. Indessen bieten auch die ferner gelegenen Seeküsten geeignete Bedingungen für die Anlage solcher Anstalten. Auch wäre es wünschenswerth, da nicht alle Lungenkranken in diesen Sonderanstalten untergebracht werden können, in den allgemeinen Krankenhäusern besondere Abtheilungen für sie zu errichten. Auch ist eine specialistische poliklinische Behandlung in's Auge zu fassen. Sie gibt auch dem Gedanken, solche Anstalten auch innerhalb der Stadt anzulegen, eine Stütze. Vortr. schloss mit dem Wunsche, dass die Autorität dieses internationalen Congresses einen neuen Impuls zur Förderung dieser Angelegenheit, welche für die humanen und socialen Bestrebungen unserer Zeit ein ruhmvolles Zeugniss ablege, geben möge.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Bericht über die Thätigkeit der k. k. Impfstoff-Gewinnungsanstalt in Wien im ersten Betriebsjahre. Wien, Verlag der k. k. Impfstoff-Gewinnungsanstalt.

XIV. Jahresbericht des unter dem höchsten Protectorate Seiner k. u. k. Hoheit des durchlauchtigsten Herrn Erzherzogs Carl Ludwig stehenden Erzherzogin Sophien-Spitales in Wien (errichtet im Jahre 1880 durch freiwillige Spenden und durch die Erbeinsetzung der Frau E. L. Kenyon), VII., Kaiserstrasse 7, für das Jahr 1893. Wien, Verlag des Curatoriums des Erzherzogin Sophien-Spitales, 1894.

Chiari, Dr. H., Professor der pathologischen Anatomie an der k. k. deutschen Universität in Prag. Pathologisch-anatomische Sectionstechnik. Mit 28 Holzschnitten. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung, 1894.

Czermak, Dr. Wilhelm, o. ö. Professor und Vorstand der Universitäts-Augenklinik in Innsbruck. Die augenärztlichen Operationen. 6. und 7. Heft. Mit 13 Original-Holzschnitten. Wien, Druck und Verlag von Carl Gerold's Sohn, 1894.

Fischer, Dr. Rudolf, k. k. Linienschiffsarzt. Statistischer Sanitätsbericht der k. u. k. Kriegsmarine für die Jahre 1892 und 1893. Im Auftrage des k. u. k. Reichs-Kriegsministeriums (Marine-Section) zusammengestellt. Wien 1894, in Commission bei Wilhelm Braumüller, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

Körösi Josef, Director des communalstatistischen Bureaus in Pest. Statistik der infectiösen Erkrankungen in den Jahren 1881—1891 und Untersuchung des Einflusses der Witterung. Mit 5 Tafeln. Uebersetzung aus dem Ungarischen. Berlin 1894, Puttkammer und Mühlbrecht.

Liebreich Oscar, Phancroskopie und Glasdruck für die Diagnose des Lupus vulgaris. Mit 3 lithographischen Tafeln. Berlin 1894, Verlag von August Hirschwald.

Rosenbach, Dr. O., Professor an der Universität in Breslau. Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. II. Hälfte, 1. Abtheilung. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894.

Sammlung klinischer Vorträge, begründet von *Richard v. Volkmann*. Neue Folge. Herausgegeben von *Ernst v. Bergmann*, *Wilhelm Erb* und *Franz v. Winckel*. Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel, 1894.

Nr. 105. *Baumm Paul* unter Mitwirkung von *Illmer R.*, Die Frauenmilch, deren Veränderlichkeit, Einfluss auf die Säuglingsernährung.

Nr. 106. *Bähr Ferdinand*, Ueber Patellafracturen.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.



***Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau** kosten 36 kr. = 60 Pf.*
Einbanddecken** für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. **mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

928. *Basedow'sche Krankheit und Schilddrüse.*

Von Prof. Dr. A. Eulenburg, Berlin.

Vortrag, gehalten in combinirter Sitzung der Sectionen für Medicin, Chirurgie, Psychiatrie etc. der 66. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 40.)

Der Vortr. gelangt auf Grund eigener Beobachtungen und kritischer Sichtung des dermalen vorliegenden physiologischen, morphologischen und klinisch - therapeutischen Materiales zu folgender hypothetischen Vorstellung in Betreff der veränderten und pathogen wirkenden Schilddrüsenfunction bei *Basedow*'scher Krankheit und der Entstehung der letzteren durch „Auto-Intoxication". Vortr. gibt dieser Hypothese in folgenden Sätzen Ausdruck:

1. Die Schilddrüse verändert bei ihrer normalen Function die chemische Beschaffenheit in eigenartiger Weise, und zwar geschieht dies durch Bildung und Absonderung eines specifischen Stoffes, der von den gereizten Follikelzellen producirt und theils durch Zellschmelzung und Berstung der Follikel in die interfolliculären Lymphräume *(Biondi, Langendorff)*, theils auch *(Hürthle)* in die je nach Bedürfniss sich bildenden und erweiternden Intercellularspalten entleert und im Normalzustande jedenfalls vorzugsweise durch die ausführenden Lymphgefässe der Drüse abgeführt wird. Als adäquater Reiz für diese Secretbildung in der Drüse ist nicht der Nervenreiz, sondern wesentlich eine bestimmte Zusammensetzung des Blutes *(Hürthle)* zu betrachten.

2. Bei der *Basedow*'schen Krankheit ist eine progressiv gesteigerte Secretionsthätigkeit der Drüse, möglicherweise verbunden mit einer noch unbekannten qualitativen Veränderung (erhöhten Toxicität) des von ihr gelieferten Secrets anzunehmen, wodurch das letztere in specifischer Weise pathogen wirkt. Während die erhöhte Secretbildung durch den quantitativ und qualitativ veränderten Blutreiz (s. u.) wahrscheinlich gemacht wird, können zu Gunsten einer veränderten Beschaffenheit (erhöhten Toxicität) des Secretes wenigstens die — allerdings noch unzulänglichen — Befunde über veränderte Harnbeschaffenheit, namentlich über den Nachweis verschiedener Ptomaine im Harn der Basedow-Kranken *(Chevalier, Boinet* und *Silbert)* angeführt werden. — Nicht unwahrscheinlich ist es endlich, dass mit der quantitativen und qualitativen Veränderung der Secretion auch eine veränderte Abführung des Secrets aus der Drüse insofern einhergeht, als dabei verhältniss-

mässig grössere Mengen desselben durch Venenresorption directer in die Blutmasse übergeführt und zu unbehinderterer pathogener Wirkung gebracht werden. Die *Renaut*'schen Befunde, die eine Beeinträchtigung und Verlegung der Lymphwege auf Grund chronischer Bindegewebsentzündung ergeben, lassen sich — im Verein mit den zuvor erwähnten *Hürthle*'schen Untersuchungen — in diesem Sinne verwerthen.

3. Der die gesteigerte und qualitativ anomale Secretion auslösende pathologische Reiz ist dabei einerseits in der mehr oder weniger gesteigerten arteriellen Congestion und Blutüberfüllung der Drüse — andererseits auch in den häufig vorausgehenden und begleitenden Abnormitäten der Blutbeschaffenheit bei den Basedow-Kranken zu suchen. In dieser Beziehung ist, was das symptomatisch-klinische Verhalten betrifft, an das constante und fast als pathognomisch zu bezeichnende Vorkommen von Gefässgeräuschen, namentlich arteriellen Geräuschen, über der Drüse — an die schon den ältesten Autoren nicht entgangene Verbindung mit Anämie und Chloroanämie — an das nicht seltene Vorkommen von Icterus, schweren Störungen der Verdauung und des Gesammtstoffwechsels — an die Entwicklung des Leidens nach voraufgegangenen schwächenden acuten Krankheiten, Traumen, schweren psychischen Erschütterungen u. s. w. zu erinnern.

4. Mit den hier entwickelten Anschauungen stehen auch die therapeutischen Erfahrungen insofern im Einklange, als die eine wesentliche Besserung oder Heilung der Basedow-Krankheit herbeiführenden Behandlungsmethoden entweder vorzugsweise durch eine Hebung und Regulirung der Blutbeschaffenheit, der Circulation und Ernährung, durch „allgemeine Tonisirung", somit auf dem Wege der Normalisirung des auslösenden pathologischen Reizes (des Blutreizes) ihren Einfluss üben — oder aber, wie die operativen Verfahren, darauf abzielen, die für den Organismus schädigenden Reizwirkungen, die Folgezustände der unter abnormen Bedingungen vor sich gehenden Drüsenfunction, durch Einschränkung und partielle Ausserkraftsetzung dieser Function, durch Verringerung der secernirenden Fläche, in möglichst weitem Umfange zu eliminiren.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

929. ***Paraxanthin als ein Factor in der Aetiologie eigenthümlicher Nervenerkrankungen.*** *Von B. K. Rachford. (Med. News. 1894. 26. Mai — Centralbl. f. innere Med. 1894. 32.)*

Bei einer 63jährigen Dame, welche früher an periodischer Migräne gelitten hatte, waren sodann ziemlich regelmässig wiederkehrende epileptiforme Anfälle aufgetreten. Diese Anfälle waren frei von irgend welchen Vorboten, die Extremitätenmuskeln waren steif, aber ohne Zuckungen, die Athmung schwer, unregelmässig, Herzaction regelmässig, beschleunigt, vom Beginn bis zum Ende des Anfalls völlige Bewusstlosigkeit. War die Pause zwischen den Anfällen länger als gewöhnlich, 5—6 Wochen, so war der dann eintretende Anfall besonders heftig; in den Zwischenzeiten völliges



Wohlbefinden bis auf ein durch die Angst vor Wiederkehr der Anfälle erklärtes depressives Gefühl. Die Untersuchung des Harns ergab eine jedoch nicht ganz constante Verminderung des Harnstoffs und Vermehrung der Harnsäure während des Anfalls. Da nun das zu der Harnsäuregruppe gehörige Peraxanthin nach *Salomon* den geschilderten sehr ähnliche Zustände bewirkt, wurde der Harn der Patientin nach dieser Richtung untersucht. Es wurden zu diesem Zwecke 8 Liter Urin nach der Methode von *Salkowski* und *Salomon* verarbeitet. Diese ergaben 8 Ccm. einer sehr concentrirten Paraxanthinlösung oder, nach einer Berechnung Verf.'s, 60 Mgrm. Paraxanthin. Die physiologische Menge ist 1 Mgrm. pro Liter; es bestand also in der That eine beträchtliche Vermehrung dieses Stoffes, und zwar um beinahe das 8fache in dem Harn der Patientin, welcher der Zeit unmittelbar vor dem Anfall, während und nach demselben entstammte. Eine andere Harnprobe wies einen der Norm ungefähr entsprechenden Paraxanthingehalt auf. Verf. ist nach diesen Ergebnissen der Ueberzeugung, dass die übermässige Bildung und Anhäufung des genannten Stoffes die Anfälle verursacht habe. Die Therapie, welche zwar nicht ein Aufhören, jedoch ein entschiedenes Milderwerden der Anfälle erzielte, bestand in der Verordnung einer hauptsächlich vegetabilischen und Milchdiät mit Verminderung von Fleisch, Eiern, Alcoholica. Ausserdem Karlsbader Salz, Piperazin und später salicylsaures Natron. Hierbei ergab sich, dass das letztere eine energischere Wirkung auf die Verminderung der Harnsäureausscheidung ausübte als das Piperazin.

930. ***Ueber einen Fall von Meningitis syphilitica.*** *Von Dr. Villani. (Riforma med. 1894. Nr. 161 u. 162. — Centralbl. für innere Med. 1894. 38.)*

Ein 40jähriger Arbeiter erkrankte vor 2 Monaten an dauerndem Kopfschmerz, der zeitweise heftige Exacerbationen machte. Der Schmerz war über den ganzen Kopf verbreitet; aber die Gegend des linken Os parietale wurde von dem Kranken als die Gegend der heftigsten und anhaltendsten Schmerzen angegeben. Eines Tages während der Arbeit bekam Pat. Contracturen im rechten Bein, darauf heftige krampfartige Zuckungen, welche sich nach kurzer Zeit verloren. Diese Anfälle kehrten wieder und in denselben war der Kopfschmerz am heftigsten. Doch verlor der Kranke nicht das Bewusstsein; er war nach dem Anfall wie betäubt, das Bein blieb eine Zeit lang schwächer und wurde beim Gehen nachgezogen. Alle diese Erscheinungen verschwanden nach kurzer Zeit, anscheinend ohne Folgen, nur der Kopfschmerz blieb. Genau diese gleichen Symptome wie im rechten Bein stellten sich eines Tages in der rechten oberen Extremität ein. Niemals ging diesen Anfällen eine Aura oder eine krankhafte Empfindung in der betheiligten Körperhälfte vorher. Von Zeit zu Zeit kamen dann Störungen der Sprache. Die Worte wurden confus, verstümmelt und unzusammenhängend herausgebracht. Pat. war unfähig, seine Gedanken auszudrücken. Auch dieser Anfall machte relativer Genesung Platz. So vergingen 2 Monate, ohne dass ärztliche Hilfe gesucht worden wäre. Eines Abends fand man den Pat. bewusstlos auf dem Abtritt an der Erde liegend, und so wurde er in's Krankenhaus geschafft. Hier wurde ein schweres Coma constatirt: mit rothem Gesichte,

verengerten, aber reagirenden Pupillen lag der Kranke da. Die Temperatur war 40°, der Puls entsprechend frequent, die Athemzüge frequent, aber regelmässig; Bewusstsein aufgehoben, doch auf Anrufen leichtes verständnissloses Reagiren. Mit der Hand zeigt er nach dem linken Os parietale, wie um dort Schmerzen anzudeuten. Die rechte Körperhälfte zeigt mehr oder weniger heftige Contracturen, die Extremitäten sind nicht paretisch und reagiren auf Nadelstiche energisch. 24 Stunden dauert dies Stadium an; dann sinkt die Temperatur auf 38°, der Kranke bringt einige unzusammenhängende Worte hervor, fängt an, sich im Bett zu bewegen; nach abermals 24 Stunden ist das Coma zu Ende, der Kranke versteht, was man ihm sagt, die Contracturen sind verschwunden. Nach 5 Tagen steht der Kranke auf und ausser etwas Taubheit im rechten Bein und einer geringen Schwierigkeit in der Sprache ist kein weiteres Krankheitszeichen vorhanden: nur der Kopfschmerz bleibt der gleiche. Die inneren Organe erweisen sich bei der Untersuchung normal; nur an der Aorta ein diastolisches Geräusch, offenbar eine leichte Insufficienz der Semilunarklappen, der erste Ton ist normal, am Herzen nichts weiter. Das geschilderte Krankheitsbild scheint charakteristisch für eine luetische Erkrankung des Gehirns, für welche Verf. auch noch als diagnostische Momente anführt, dass Pat. Alkoholiker ist, und ferner die umschriebene und vereinzelte Affection an den Semilunarklappen der Aorta. Die luetische Erkrankung muss, dafür spricht der constante Kopfschmerz, von den Meningen ausgehen und am wahrscheinlichsten ist eine Meningitis gummosa, welche fort und fort wechselnde Irritationserscheinungen in der Umgebung macht. Als plötzlich das hohe Fieber und Coma eintrat, muss ein ausgedehnter Theil der Pia entzündlich erkrankt gewesen sein; aber auch in diesem Falle ist, der luetischen Natur des Leidens entsprechend, die Entzündung eine umschriebene geblieben, und daher die schnelle Wendung zur Besserung. Durch eine energische antiluetische Cur (nach *Charcot* 5—6 Grm. Ungt. mercur. und 6—8—10 Grm. Jodkali pro die) war der Kranke in 20 Tagen vollständig hergestellt.

931. ***Ein Fall von Dementia syphilitica.*** *Von Dr.* ***H. H. Herzog.*** *(Northwestern Lancet. 1894. Mai. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 38.)*

Die vorliegende Affection trat in Erscheinung 7 Jahre nach erfolgter luetischer Infection, gleich nach einem Schädeltrauma. Die Symptome waren zunächst vollkommene Vergesslichkeit: Pat. wusste nichts anzugeben, weder sein Alter, noch seine frühere Beschäftigung etc. Dabei war er ziemlich gleichgiltig gegen seine Umgebung. Pat. war anämisch, Puls frequent, kein Tremor, Pupillen ungleich, gut reagirend, Diplopie, Frontalkopfschmerz, Steigerung der Patellarreflexe und geringer Fussclonus, Gang spastisch-paretisch. Coordination der Beine wenig der Arme mehr gestört. Die oculomotorischen Erscheinungen waren in der Folge sehr wechselnd. Nach Inunction und Kal. jodat. zuerst allmälige Besserung, bis zunächst eine Iritis, dann nach etwa 1 Monat Hallucinationen hinzukamen. Bald nachher trat mit einem Schlage Genesung ein und nur eine Steigerung der Patellarreflexe blieb zurück. Als anatomisches Substrat der geschilderten Affection nimmt Verf. als am



meisten wahrscheinlich an eine luetische Meningitis, begünstigt durch das Trauma, in der Frontalgegend und am Cervical- und Dorsalmark, und Mitleidenschaft des Oculomotorius am Boden des 3. Ventrikels.

932. ***Ein Fall von isolirter traumatischer Basallähmung des Nervus abducens.*** *Von A. Eulenburg, Berlin. (Neurolog. Centralbl. 1894. 16.)*

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle handelt es sich um eine traumatische, durch einen Messerstich bewirkte Nervenstammlähmung des rechten Abducens an der Basis in der mittleren Schädelgrube. Da — abgesehen von der geringen und vorübergehenden Ptosis — gar keine anderweitigen Localsymptome von basalen Hirnnerven vorlagen, so muss die Stichverletzung den Abducens an einer Stelle getroffen haben, wo er isolirt von den übrigen (motorischen und sensibeln) Augennerven der Läsion zugänglich ist: nämlich auf der Strecke, wo er gegen den Clivus basilaris hinlaufend lateral hinter dem Dorsum sellae in den Sinus cavernosus eintritt und in letzterem an der Aussenseite der Carotis interna verläuft: — jedenfalls vor dem Eintritt in die Fissura orbitalis superior. Dies stimmt auch mit der Lage und Richtung der äusseren Wunde ganz gut überein. Da der Nerv im Sinus cavernosus unmittelbar neben der Carotis nur durch eine Duralscheide von dieser getrennt liegt, so hätte es nur eines minimal tieferen Eindringens des Messers bedurft, um die Carotis anzustechen — was in diesem Falle, nach der zwar starken, aber leicht stillbaren (venösen?) Blutung zu schliessen, zum Glück nicht erfolgte. Die Ptosis kann möglicherweise auf einer geringfügigen Mitbetheiligung des in der oberen Wand des Sinus verlaufenden N. oculomotorius, speciell seiner später als Ramus superior abtretenden Fasern, beruht haben. An eine orbitale Verletzung kann wohl nach Lage der Wunde u. s. w. nicht gedacht werden — auch wäre dabei eine stärkere Mitverletzung anderer Augennerven, zumal des Oculomotorius, kaum vermeidbar gewesen. Es lag also eine basale, traumatische, isolirte Abducens-Lähmung, höchstwahrscheinlich mit völliger Continuitätstrennung des Nervenstammes, vor. Die vor mehr als 10 Monaten entstandene Lähmung war bis vor wenigen Wochen complet und fing dann an, sich etwas zu bessern, was auf eine beginnende Regeneration des Nerven schliessen und auch die weitere Prognose nicht ganz ungünstig stellen lässt. Dieser Befund ist jedenfalls ganz ausserordentlich selten, wenn nicht einzig dastehend. Dr. *Gutmann*, der die reiche ophthalmologische Literatur der letzten Zeit daraufhin genauer durchforschte, hat nur einen einigermassen vergleichbaren Fall aufgefunden, den von *Laplace* (Med. News, 5. December 1891). Dieser betraf einen 10jährigen Knaben, bei dem eine abgebrochene Rapierklinge durch die Fissura orbitalis superior eindrang, ohne den Bulbus selbst zu verletzen, und eine Anästhesie des Auges und Abducens-Lähmung zurückliess. Auch dieser Fall ist immerhin erheblich verschieden, da die Verletzung den N. abducens anscheinend bei seinem Eintritt in die Fissura orbitalis sup. betraf und ausser ihm den Ramus ophthalmicus des Trigeminus mit afficirte.



933. ***Diphtherische Lähmung, Allocheiria.*** *Von Dr. William Gay. (Lancet. 1893. 21. October. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894. 9.)*

Der Name, von ἄλλη χειρ stammend, wurde zuerst von *Obersteiner* für ähnliche Fälle, die er bei Tabes beobachtete, gebraucht. Des Verf.'s Fall betraf ein 13jähriges Mädchen, das 4—5 Wochen nach einer überstandenen schweren Diphtherie neben Anosmie, Aphonie und sonstigen Lähmungserscheinungen in den Muskeln der Augen, der Extremitäten u. s. w. das eigenthümliche Symptom zeigte, dass sie Berührungen der einen Seite des Körpers auf der andern empfand. Nach Besprechung der verschiedenen Möglichkeiten, z. B. der Verbindung der diphtherischen Lähmungen mit Hysterie, sucht Verf. zu beweisen, dass es sich hier um eine der Tabes nahe verwandte diphtherische Lähmung handle. Aus den Beobachtungen *Dumontpallier's*, der nach örtlicher Anästhesirung des einen Arms einen Abscess an der correspondirenden Stelle des anderen schmerzlos eröffnen konnte, folgert Verf., dass eine sehr enge Verbindung der sensorischen Area der beiden Körperseiten bestehen müsse.

Neuere Arzneimittel.

934. ***Zum innerlichen Gebrauch von Creolin bei Darmerkrankung.*** *Von Dr. Maiss, Brieg. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 30. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 77.)*

Bei einer 31jährigen Frau bestand eine heftige Enteritis mit mehlsuppenähnlichen, aashaft stinkenden, fast viertelstündlich sich einstellenden Stühlen, dabei heftiger Tenesmus und Brennen am excoriirten After. Da Opium, Tannin und sonstige Adstringentien ohne jeden Erfolg waren, das Fieber zunahm und Collaps eintrat, entschloss sich Verf. zur inneren Darreichung von Creolin in der Absicht, auf diese Weise die faulige Zersetzung zu beseitigen. Die Kranke trank im Laufe eines Nachmittags 1 Theelöffel voll Creolin in einem Glase abgekochten und wieder abgekühlten Wassers und am anderen Morgen waren die Stühle absolut geruchlos, die heftigen Schmerzen gemildert. Verf. verordnete dieselbe Creolinmenge für den nächsten Tag und nunmehr schwand auch das Fieber. Am zweiten Tage des Creolingebrauches gingen mehrere steinharte mit Blut und Schleim bedeckte Scybala ab, welche Verf. für die Ursache der fauligen Zersetzung im Darm hält. In wenigen Tagen trat völlige Heilung ein.

935. ***Das Ferratin als diätetisches und therapeutisches Mittel.*** *Von G. Sée. Vortrag in der Acad. de méd. in der Sitzung vom 21. August 1894. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 38.)*

Vortr. hält das Ferratin für das beste Eisenpräparat, welches sowohl dazu dienen kann, schwächliche Personen zu kräftigen als auch bei wirklich Blutarmen direct therapeutisch zu wirken. Nach den Untersuchungen von *Marfori* kommt eine dem künstlichen Ferratin identische Substanz in der Leber des Schweines vor, welche 6% Fe enthält und gleichsam als Reserve in den blutbildenden Geweben sich findet. Das Ferratin, von *Schmiedeberg* auch saueres



Eisenalbuminat genannt, verschwindet aus der Leber, wenn man einen Hund von Zeit zu Zeit zur Ader lässt. In diesen Fällen verschwindet der Vorrath zur Bildung des Ferratin; ausserdem scheint dasselbe auch eine directe Bedeutung für die Ernährung der Gewebe zu haben. Selbst nach langem Gebrauche bei Thieren und Menschen ruft es keine Störungen im Magen- oder Darmcanale hervor; es scheint seinen heilenden Einfluss durch eine Art adstringirender Wirkung auszuüben, ohne schädliche Nebenerscheinung, da es niemals im Darme H_2S durch Fäulnissvorgänge erzeugt. Stets zeigte sich dieser locale Effect durch Regulirung des Appetits und Besserung des Stuhlgangs. Die Resorption des Ferratins vollzieht sich langsam und in wenig ausgeprägter Weise, aber selbst in den Fällen, wo sie nur eine schwache ist, mussten Thiere von 5—7 Kgrm. 5—20 Liter Milch zu sich nehmen, um dieselbe Quantität Eisen zu resorbiren, wie mit 0·1—1·5 Ferratin. Das Ferratin ist also in erster Linie ein Nährmittel und kann bei anscheinend gesunden Menschen oder bei Kindern und Bleichsüchtigen angewandt werden, weil der Heilerfolg nicht durch schädliche Nebenwirkungen, wie bei den anderen Eisenpräparaten, gestört wird. 7% Fe enthaltend, ist es ein unlösliches Pulver, ein anderes Präparat ist löslich in natronhaltigem Wasser: das sind die beiden künstlichen Präparate, welche in Dosen von 0·5—1·5 Grm. 3mal täglich gegeben werden.

936. ***Einige klinische Beobachtungen über die Wirkung des Allylsulfocarbamids oder Thiosinamins auf Lupus vulgaris und Psoriasis.*** *Von Dr.* ***L. Mertens.*** *(Wratsch. 1894. 12, 13 u. 14. — Beil. Nr. 8 zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 8.)*

v. Hebra jun. hat dieses Mittel zuerst angewandt; Verf. behandelte 10 Lupuskranke und 2 mit Psoriasis Behaftete. Er stellte in 60° Spiritus eine 15%ige Lösung her und injicirte von dieser anfangs 0·003 bis zum Maximum von 0·16 in die Glutäen über einen oder zwei Tage. Einige Kranke erhielten Thiosinamin innerlich. 5 Mal traten recht schmerzhafte Infiltrationen in der Nähe der Injectionsstelle ein. Die therapeutische Wirkung war doch eine recht langsame. Die Lupusknoten zerfielen wohl recht rasch unter der Einwirkung der Injectionen, die Geschwüre aber zeigten sehr geringe Tendenz zur Heilung, nie konnte man eine Verkleinerung der geschwollenen Lymphdrüsen constatiren. Auf die Bestandtheile des Harnes war das Mittel ohne Einfluss, die tägliche Harnmenge war vermehrt. Thiosinamin ist nicht im Stande, den Lupus zu heilen, kann nur unter Zuhilfenahme anderer äusserer Mittel den Process günstig beeinflussen. Thiosinamin wirkt diuretisch.

937. ***Zur Wirkung des Sulfonals, Trionals und Tetronals.*** *Von Dr.* ***W. Morro.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1894. 34. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 77.)*

Baumann und *Kast* hatten durch Thierexperimente festgestellt, dass von den drei Schlafmitteln das Tetronal die stärkste, das Sulfonal die schwächste hypnotische Wirkung hervorruft, das Trional darin in der Mitte steht. *Barth* und *Rumpel* wiederholten diese Prüfung am Menschen und konnten feststellen, dass



zwar eine derartige Abstufung der Wirkungskreise hier nicht stattfand, dass jedoch Tetronal und Trional auch dann noch eine exquisite schlafbringende Wirkung entfalteten, wenn Sulfonal versagte; gleiche Ergebnisse, die namentlich zu einer Empfehlung des Trionals als Hypnoticum beim Menschen führten, hatten *Schultze, Schäfer, Brie, Beyer, Hammerschlag* u. A.

Beim Trional tritt die Wirkung früher ein und ist bei weitem schwächer als beim Sulfonal, indem sie sich nur auf die sechs- bis achtstündige Dauer des Schlafes erstreckt und unangenehme Nachwirkungen nicht aufkommen lässt. Im Gegensatz dazu erstreckt sich, wie *Kast* gezeigt hat, die Wirkung des Sulfonals oft über eine Nacht hinaus; diese protrahirte, postponirende Wirkung wurde durch die langsame Resorption und grosse Resistenz des Sulfonals, das vom Stoffwechsel nur langsam angegriffen und umgewandelt wird, erklärt. Die Annahme einer cumulirenden Wirkung des Sulfonals lag nahe, zumal da nach lange fortgesetztem Gebrauche dieses Medicaments wiederholt Vergiftungserscheinungen beobachtet wurden. Speciell das Auftreten von Hämatoporphyrin im Harn ist sehr charakteristisch. Gegen eine cumulirende Wirkung des Sulfonals aber spricht einmal die grosse Seltenheit von Intoxicationen überhaupt, selbst bei jahrelang fortgesetztem Gebrauche des Mittels, ferner aber der Umstand, dass weder bei Menschen, noch bei Thieren diese Hämatoporphyrinurie willkürlich erzeugt werden kann. Verf. ging nun an die Prüfung der Frage heran, ob Trional und Tetronal ein dem Sulfonal ähnliches Verhalten zeigten Was zunächst das Sulfonal anlangt, so ergab sich, dass dasselbe im Organismus nicht völlig zerstört, sondern zu einem Theil unverändert im Harn ausgeschieden wird. Die Menge dieses unverändert ausgeschiedenen Sulfonals wird von Tag zu Tag grösser, und es vergehen in der Regel drei Tage, bis das im Körper angehäufte Sulfonal aus dem Organismus wieder verschwunden ist. Es kommt ihm also in der That eine postponirende, cumulirende Wirkung zu. Das Trional hingegen wird durch den Stoffwechsel leichter und vollständiger zerlegt und für dasselbe besteht eine postponirende, cumulirende Wirkung nicht. Endlich wird das Tetronal nicht völlig im Organismus zerstört, sondern (allerdings in minimaler Quantität) unverändert im Harn ausgeschieden; im Punkte der postponirten Wirkung gleicht es dem Sulfonal.

938. ***Ueber die Behandlung der Epilepsie, insbesondere mit Opium-Brom nach Flechsig.*** *Von Dr.* ***Carl Salzburg.*** *Leipzig 1894. Veit & Comp. (Medico. 1894. 31.)*

Die Anwendung des Opiums in der Behandlung der Epilepsie ist nicht neu, neu aber ist die Methode, in der es *Flechsig* auf Grund seiner in den letzten Jahren erzielten, viel versprechenden Erfolge empfiehlt. Dieselbe besteht in einer Verbindung der längst in der Psychiatrie geübten consequenten Opiumbehandlung mit der Bromtherapie, dergestalt, dass zunächst auschliesslich das Opium, später ausschliesslich das Brom in Anwendung kommt. Bei der Opiumbehandlung wird mit kleinen Dosen Pulv., beziehungsweise Extract. opii (2—3mal 0·05 pro die) begonnen und allmälig gestiegen auf 1·0 pro die in Dosen von 0·25—0·35. Nach circa



6 Wochen wird das Opium plötzlich entzogen und dafür Brom sofort in grossen Dosen (circa 7·5 pro die) eingesetzt. Nachdem diese grossen Bromdosen längere Zeit (circa 2 Monate) gebraucht worden sind, wird allmälig herabgegangen bis auf 2 Grm. pro die. Das Wesentliche, worauf es bei dieser Behandlungsweise ankommt, ist die plötzliche Entziehung des Opiums unter Einsetzung des Broms. Das Ausfallen der Krampfanfälle tritt in der Regel erst mit dem Einsetzen des Broms ein; während der Opiumbehandlung, besonders wenn Brom schon vorher gegeben wurde, konnte zwar zuweilen auch schon ein plötzliches Sistiren der Anfälle beobachtet werden, in manchen Fällen trat aber diese Wirkung gar nicht hervor, beziehungsweise wurde die Häufigkeit der Anfälle nur wenig vermindert. Das Opium scheint also nur präparatorisch zu wirken, eventuell die Bromwirkung zu erleichtern oder intensiver zu gestalten. Bei zwei Kranken, welche Jahrzehnte lang trotz aller therapeutischen Versuche regelmässig zahlreiche Anfälle dargeboten hatten, verschwanden die letzteren bei der neuen Behandlung plötzlich wie mit einem Schlage. Die neue Behandlungsweise hat freilich auch ihre Schattenseiten, welche dieselbe leicht in Misscredit bringen können, indem durch unrichtige Anwendung leicht Misserfolg eintreten kann. Es ist ohne Weiteres klar, dass man eine Behandlung, die Tage und Wochen lang die Verabfolgung einer doppelten und selbst dreifachen Maximaldosis erfordert, nur unternehmen darf, wenn sich der Kranke unter sehr aufmerksamer Beobachtung befindet. Es treten ab und zu beunruhigende Erscheinungen auf, die das energische Eingreifen des Arztes verlangen. So wurden sowohl während der Behandlung mit Opium, als auch nach der Entziehung desselben öfters Hallucinationen und Delirien beobachtet, die bisweilen einen gefährlichen Charakter annahmen. Aufstossen, Appetitlosigkeit, Erbrechen beobachtete man häufig, auch Abstinenzerscheinungen. Im Allgemeinen wurde der plötzliche Wechsel der Medicamente gut vertragen. Bemerkenswerth ist die zuweilen beträchtliche Gewichtszunahme der Kranken während und nach der Opium-Brombehandlung. Durchaus contraindicirt ist die Methode bei 1. Status epilepticus, 2. Plethora, 3. Herderkrankungen des Gehirnes.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

939. ***Ueber die Anwendung starker Digitalis-Infuse bei Erkrankungen der Lunge.*** *Von Dr. **J. Bloch.** (**Wratsch. 1894.** 15 und 16. — Beilage 8 zur St. Petersb. med. Wochenschr. 1894.)*

Verf. verwirft als wirkungslos die gewöhnlich verordneten kleinen Digitalisdosen (0·5—0·75 : 200·0). Grosse Dosen (4·0—8·0 zu 240·0; *Petresco* und *Traube*) wirken auf acute Lungenerkrankungen sehr gut, coupiren bisweilen die weitere Entwicklung einer Lungenentzündung. Während der Puls langsamer wird, ist die Athemfrequenz erhöht (Reizung des N. vagus). 6·5 Digitalis verlangsamten den Puls nur auf 90 bei croupöser Lungenentzündung. Verf. hat bis zu 13·0 während des Krankheitsverlaufes



verordnet und nie üble Folgen gesehen, selten veranlassten Erbrechen und Durchfall das Einstellen der Behandlung mit grossen Digitalisdosen, mit denen er 21 Pneumoniker behandelte. Nur im kindlichen Alter (bis zum 1. Jahr) und nach dem 60. Lebensjahr sind grosse Dosen contraindicirt. Gebrauch von kleinen Dosen wochenlang ist eher schädlich als nützlich.

940. ***Ein durch Massage geheilter Fall von Disphagie.*** *Von Dr. J. Hagen-Torn. (Wratsch. 1894. 20. — Beilage 8 zur St. Petersb. med. Wochenschr. 1894.)*

Verf. wurde zu einer 35jährigen, stark heruntergekommenen Frau gerufen, die vier Tage vordem 2 Flaschen kalten Meths getrunken und bald darauf Schluckbeschwerden, Speichelfluss und Athembehinderung empfunden hatte. Bei näherer Untersuchung erwies sich, dass die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand hyperämisch und ödematös war. Bei Palpation liess sich Oedem der Schleimhaut der Epiglottis, des Schlundes und Anästhesie derselben nachweisen. Am Halse wurde eine auf Druck empfindliche Stelle in der Gegend des Oesophagus gefunden. Die Kranke war nicht im Stande, einen Schluck Wasser zu nehmen, bei dem geringsten Versuch wurde dasselbe regurgitirt. In der Annahme, dass es sich hier um ein in Folge thermischen Reizes entstandenes entzündliches Oedem der Schleimhaut des Oesophagus handle, versuchte Verf. Massage des Halses, besonders im Verlauf des Oesophagus und sah sein Bemühen nach 15 Minuten von Erfolg gekrönt; die Patientin konnte schlucken. Am nächsten Tag war nach wiederholter Massage der Schlingact vollkommen normal.

941. ***Die Lebercirrhosen und deren Behandlung.*** *Von A. F. Plicque, Paris. (Journ. de méd. et de chir. prat. 1894. 4. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 40.)*

Verf. unterscheidet zwei Haupttypen der Lebercirrhose, die atrophische Form mit vorherrschend abdominellen Erscheinungen, Schwellung der Milz, allerlei Blutungen, Verkleinerung der Leber, geringem oder keinem Icterus, und die hypertrophische oder biliäre Cirrhose mit bedeutender Leber- und Milzschwellung, Icterus, geringem oder keinem Ascites, die erstere ein Effect der chronischen Alkoholintoxication, die letztere eine Folge übermässig guten Lebens. Dazwischen stehen eine Reihe Mischformen, ausgehend von Gallensteinen, Herzfehler, Syphilis und Sumpffieber. Das erste Stadium jeder Cirrhose, welche ohne nachweisbare anatomische Veränderungen sich durch Dyspepsie, Leberschmerz, Nasenbluten, erdfahles Aussehen, selten Icterus kennzeichnet, gibt allein eine gute Prognose. Bei der Behandlung empfiehlt Verf. vor Allem streng durchgeführte Milchdiät: $2^1/_2$—4 Liter täglich, auch unter Zusatz von Vichy, Kaffee, Chocolade, Orangenwasser. Erst nach längerer Zeit kann man allmälig zu anderer Nahrung übergehen, aber die ganze Ernährung muss streng überwacht werden. Bei der Säufercirrhose ist selbstverständlich jeglicher Alkoholgenuss streng verboten. Verstopfung muss bekämpft werden, Diarrhoe nur, wenn sie sehr profus wird. Jodkalium erweist sich auch bei nicht syphilitischer Basis im Anfangsstadium von Nutzen (2 Grm. pro die bis zur profusen Diarrhoe). Bei biliöser Cirrhose ist zur Darmantisepsis Salol (3—4 Grm. pro die) zu verabreichen, bei Herzfehlern Digitalis, bei Sumpffiebercirrhose Chinin und Arsen in kleinen Dosen. In



allen Fällen, wo Hydrops besteht, und bei Syphilis ist Calomel von Nutzen, zum Theil als Diureticum, zum Theil als Antisyphiliticum. Hydrotherapeutische Massnahmen empfiehlt Verf. nur bei Malariacirrhose, locale und allgemeine Bäder bei Herzfehlern, jedoch mit Vorsicht.

942. ***Zur Sicherung kranker Kinder beim Baden.*** *Von Dr.* ***O. Ammann.*** *(Zeitschr. f. Krankenpflege. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 79.)*

Verf. hat folgende Vorrichtung zur Sicherstellung der Kinder in der Badewanne construirt. Ein netzartiges Gewebe kann in jede beliebige Badewanne an vier Gurten eingehängt werden. Dazu sind vier Haken, die an der hölzernen Badewanne angenagelt, an der metallenen angelöthet werden, nöthig. Die Gurte haben verschiedene Löcher, sind also je nach Belieben verstellbar. Das Gewebe passt sich genau den Körperformen des Kindes an und erhält dieses dadurch in normaler Lage. In einer tieferen Mulde ruht der Steiss, in einer kleineren der Kopf, der Nacken auf einem Bändchen, während Stäbchen diese Form erhalten.

943. ***Heilung von Myxödem durch Einnehmen von Schilddrüsen vom Schafe; Zufälle, welche bei dieser Behandlungsweise eintreten können.*** *Von DDr.* ***P. Marie*** *und* ***L. Guerlain.*** *(Société méd. des hôpitaux. Séance du 1894, 9 Février. — Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1894. 7.)*

Resultat Anfangs null, weil der Metzger irrthümlicher Weise immer Glandula submaxillaris gab; Wirkung auffallend, als wirkliche Glandula thyreoidea gereicht wurde. Man nimmt einen frischen Schilddrüsenlappen, schneidet ihn auf einem Teller in ganz kleine Stücke, giesst heisse Fleischbrühe darauf und lässt den Patienten die Suppe gleich nehmen. Anfangs gibt man 3 bis 4 Tage nacheinander eine solche Dosis; bei Eintreten der unangenehmen Allgemeinsymptome gibt man blos alle zwei Tage mehr einen Lappen, später alle drei bis vier Tage nur mehr. Damit das Myxödem nicht recidivire, thut man wohl, eine Zeit lang alle fünf Tage eine Portion zu geben.

944. ***Die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten.*** *Von* ***A. Neisser.*** *I. Behandlung durch Massage. (Fortschritt d. Krankenpflege. 1894. — Med. Neuigkeiten. 1894. 38.)*

Geeignet für die Behandlung mittelst Massage sind die Neuralgien, ganz besonders die Cervico-Occipitalneuralgie, die Ischias und Hemicranie, vor Allem die myopathische Form derselben. Jedoch ist ein Erfolg nur dann von der Behandlung zu erwarten, wenn diese Neuralgien idiopathischer Natur, d. h. rein „rheumatischen“ Ursprungs sind. Sind sie dagegen von einem anderen Leiden abhängig, so wird ohne Beseitigung des Grundübels ein etwaiger Erfolg sehr vorübergehender Natur sein. Auch hängt die Sicherheit und die Schnelligkeit des Eintrittes der Besserung oder Heilung wesentlich von dem möglichst frühen Beginn der Behandlung ab. Diese Erwägungen gelten zum Theil auch für die unten folgenden Indicationen. Fast negativ ist der Erfolg der Massage bei der zumeist jeder Behandlung spottenden Intercostalneuralgie. Dagegen ist bei den sogenannten Gelenkneuralgien oder Gelenkneurosen, jenen zumeist auf neurasthenischer



oder hysterischer Basis begründeten Gelenkaffectionen, der Heileffect der Massage im Verein mit allgemeiner Behandlung ein ausserordentlich prompter. Ein sehr dankbares Gebiet für die Massage ist ferner die Behandlung der peripherischen Lähmungen, und zwar sowohl der rein rheumatischen, wie der toxischen, respective nach acuten Krankheiten zurückbleibenden Formen. Auch die dabei vorkommenden Sensibilitätsstörungen werden in günstiger Weise beeinflusst, da die Nervenmassage als Nervenreiz wirkt. Selbstredend bieten im Gegensatz hierzu die centralen Lähmungen, mögen sie nun cerebralen oder spinalen Ursprunges sein, fast gar keine Chancen des Erfolges. Hier hat die Massage nur den Zweck, die Circulation und die Ernährung zu fördern und dadurch die im Verlauf dieser Krankheiten sich einstellenden Lähmungserscheinungen, Atrophien, Contracturen u. s. w. aufzuhalten. Immerhin leistet sie auch hierbei recht wirksamen Erfolg, doch ist dringend davor zu warnen, früher mit der Massage vorzugehen, bevor die Reizerscheinungen beseitigt sind. Ganz besonders trifft das für die Hemiplegien nach Apoplexie und für die Neuritis zu; bei letzterer werden durch zu frühe Massage die Schmerzen ausserordentlich gesteigert. Bei den Krämpfen einzelner Muskelgruppen, besonders im Gebiete des Plexus cervicalis und brachialis, wird die Massage jedenfalls zu versuchen sein. Der Erfolg ist schwankend. Die Krankheitsgruppen der Neurosen, und zwar sowohl die der allgemeinen functionellen, wie die der sogenannten Beschäftigungsneurosen, richtiger Beschäftigungskrämpfe, eignet sich ganz ausserordentlich zur Massage. Die Behandlung der Neurasthenie und der Hysterie hat mit der Einführung der *Mitchel-Playfair*'schen Curen in Verbindung mit der Massage derartige günstige, allgemein anerkannte Erfolge erzielt, dass sie nicht weiter betont zu werden braucht. Nicht minder günstig sind zum Theil die Wirkungen der Massage bei den Berufsneurosen nach *Benedikt*. Wie gesagt, nur zum Theil; denn eine Anzahl, deren Ursprung höchst wahrscheinlich centraler Natur ist, reagirt in keiner Weise auf diese Art der Behandlung, freilich meist auch auf keine andere. Dagegen werden eine grosse Zahl dieser Neurosen, zu denen der Schreibkrampf, Violinspielerkrampf, Schneiderkrampf u. s. w. gehören, recht günstig beeinflusst, respective auch völlig geheilt, vorausgesetzt, dass gleichzeitig eine zweckmässige gymnastische Behandlung eingeleitet wird. Eine erhebliche Besserung wird durch die Halsmassage bei der Hyperämie des Gehirns und seiner Häute erzeugt. Die Hirnerscheinungen, wie Eingenommensein des Kopfes, Stirndruck, Kopfweh u. s. w., welche von Congestion oder Stauung im Gebiete der Vena jugularis communis herrühren, werden dadurch schnell behoben. Ob die Behauptung *Bum's* richtig ist, wonach die Halsmassage auch bei Apoplexien als Prophylacticum in dem Sinne anzuwenden ist, dass durch methodische Massage des Halses bei Individuen, welche bereits einen apoplectischen Insult erfahren haben, den Recidiven in Folge von Verminderung der Gefässspannung vorgebeugt werden könne, muss erst die Erfahrung lehren. Einen beruhigenden Einfluss üben mechanische Erschütterungen (mittelst Vibrationsstuhl, Vibrationshelm oder *Zander*'scher Apparate) aus bei Paralysis



agitans. Ferner kommen sie auch bei uncomplicirter Chorea, bei den traumatischen Neurosen und ähnlichen Zuständen in Betracht. Die anästhesirende Wirkung derselben offenbart sich besonders auch bei Neuralgien, wo sie im Verein mit den übrigen Handgriffen der Massage von Nutzen sind. Was die Contraindicationen betrifft, so decken sich dieselben genau mit den sonst für die Massage im Allgemeinen giltigen Normen. Es ist dringend nothwendig, dass bei den Nervenkrankheiten der Arzt selber die Massage ausübt.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

945. ***Zur Behandlung schwerer complicirter Gelenkeiterungen.*** *Von Dr. **Felix Franke**, Oberarzt am Diaconissenhaus Marienstift zu Braunschweig. (Centralbl. f. Chir. 1894. 38.)*

Wenngleich die conservative Chirurgie auch in der Behandlung der Gelenkeiterungen in den beiden letzten Jahrzehnten ganz ausgezeichnete Erfolge erzielt hat, so will es dem Verf. doch scheinen, als ob noch mehr zu erreichen wäre, d. h. als ob die Amputation dann und wann noch könnte vermieden werden. Verf. berichtet über einige von ihm selbst beobachtete und behandelte Fälle, in denen er nach den allgemein geltenden Regeln die Amputation mit Recht hätte ausführen können, ja vielleicht hätte ausführen müssen, in denen es ihm aber gelungen ist, trotz ungünstiger Verhältnisse den Kranken ihr schwer leidendes Glied zu erhalten. Dabei bemerkt Verf., dass er unter schweren, complicirten Gelenkeiterungen solche versteht, bei denen die Gelenkerkrankung durch ausgedehnte Betheiligung der Weichtheile (Senkungsabscesse u. dergl.), aber auch der Knochen und namentlich auch durch fortwährendes Fieber einen gefährlichen Charakter angenommen hat. Verf. schildert 2 Fälle ausserordentlich schwerer Natur (s. im Original). Trotz vielfacher Einschnitte und reichlicher Drainage trat keine Besserung der durch Senkungsabscesse etc. complicirten Gelenkvereiterung, namentlich aber auch keine Besserung des Allgemeinzustandes ein. Durch das wenn auch nicht hohe Fieber und das Gelenkleiden an und für sich, die damit in Verbindung stehende Appetitlosigkeit, zum Theil auch häufige Schmerzanfälle waren beide Kranke so heruntergekommen, dass die Amputation als lebensrettender Eingriff in Frage kam. Nur die von ihm geübte Methode, vollständige Freilegung aller Eiterherde, Buchten und Winkel, sowie der eiternden Knochenflächen und die sich daran anschliessende offene Wundbehandlung, verbunden mit Jodoformgazetamponade, hat den erwünschten Erfolg erzielt. Dies Verfahren hat auch in anderen Fällen, darunter ein Fall von schwerer Kniegelenkstuberculose, wieder gute Dienste geleistet. Wie man es mitunter an Phlegmonen und ähnlichen eiterigen Processen in Muskeln, Fascien etc. erlebt, dass ausgiebigste Drainage das Fortschreiten der Eiterung nicht verhindert, sondern nur vollständige Freilegung der Eiterhöhlen und Eitergänge und Tamponade bis in die äussersten Winkel und Buchten, so verhält sich die Sache auch bei den complicirten

Gelenkeiterungen. Und eben so gut wie es dort bei sachgemässem Eingreifen immer gelingen muss, der Eiterung Herr zu werden, so muss es auch hier möglich sein und ist es möglich, selbst in fast verzweifelten Fällen die Amputation zu umgehen, allerdings mitunter unter bedeutender Verkürzung des Gliedes. In solchen schweren Fällen ist es aber nothwendig, mit aller Schärfe vorzugehen. Sämmtliche Eiter absondernden Herde müssen vollständig freigelegt werden, damit sie bis in ihre äussersten Enden hin gründlich ausgeräumt werden können. Nach erfolgter Reinigung aber darf nicht zugenäht und einfach drainirt werden, sondern man lässt die Wunde ganz offen und tamponirt sie sorgfältig aus. In Fällen, in denen die Muskeln vom Knochen gelöst und hochgeklappt sind, wird es sich allerdings empfehlen, die Weichtheile über dem Tampon provisorisch durch einige Nähte zu vereinigen, um ein zu weites Zurückweichen jener zu verhindern. Die Tamponade wird 5—8 Tage liegen gelassen; dann kann die definitive Vereinigung erfolgen. Unter Umständen kann man allerdings genöthigt sein, z. B. bei leichter Eiterung, die Tamponade länger fortzusetzen. *O. R.*

946. ***Ein Fall von congenitaler Hydrocele am Hals, geheilt durch Drainage und Compression.*** *Von Dr. **Dickninson** (Lumington). (Brit. med. Journ. 1894. 12. Mai. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 68.)*

Ein Kind von drei Jahren, bei welchem gleich bei der Geburt eine Anschwellung von der Grösse einer Walnuss am Halse vertical unter dem Ohr bemerkt worden war, welche sich allmälig vergrösserte, zeigte im November 1892, drei Monate vor der Operation, eine Entzündung dieser Anschwellung in Folge eines leichten Stosses, es kam jedoch nicht zum Abscess, sondern die Entzündung verschwand durch warme Compressen. Mitte Februar 1893 erschien die Cyste wie eine unbestimmt begrenzte Schwellung fluctuirend, weich und durchscheinend wegen der dünnen Wand, ohne deutliche Venen und wurde abwechselnd hart und weich beim Schreien. Die Schwellung erstreckte sich von dem sternalen Ende der linken Clavicula bis zur Mittellinie des Rückens und füllte die Region zwischen Hals und Schulter vollständig aus. Nach sorgfältiger Reinigung der Haut und der Umgebung der Schwellung wurde in Narcose in die hintere dünnste Partie ein Troicar eingestochen und ungefähr 250 Grm. dunkelbrauner, stark albuminhaltiger Flüssigkeit entleert, welche ähnlich aussah wie Harn mit Gallenfarbstoff. Es wurde dann an der Einstichöffnung ein kleiner Einschnitt gemacht, um mit dem kleinen Finger die Cyste zu exploriren. Der Sternocleidomastoideus an der Vorderwand der Cyste war dünn und atrophirt, die Carotis entlang der Trachea und die Subclavia auf der weichen Lunge verlaufend, waren als harte Stränge zu fühlen und lagen frei in der Cyste. Der Finger fühlte weder Verengerung, noch Hindernisse, während er entlang den Arterien bis hinter das Sternum zur Krümmung der Aorta kam, die ebenfalls völlig frei dalag, so dass man sie stark pulsiren fühlte. Es wurde nun ungefähr zwei Finger breit von der ersten eine zweite Incision in die Wand der Cyste gemacht, einen Finger breit hinter dem hinteren Rande des Sternocleidomastoideus



und ein dünnes Drain durchgezogen, jedoch wieder entfernt, weil es die dünne Cystenwand quetschte. Es wurde deshalb ein aus 5—6 Catgutfäden gedrehter Faden eingelegt und mit den Enden geknüpft und Gazecompressen fest auf die Cyste gelegt, die täglich gewechselt wurde. Bei den ersten Verbänden entleerte sich aus der Wunde eine beträchtliche Quantität mit Blut gemischten Serums, später wurde das Secret schleimig-eitrig und vom 7. März an, 13 Tage nach der Operation, trat Nachts Fieber ein. Nachdem der Faden abgeschnitten war, eiterte die Wunde noch bis zum 29. März (fünf Wochen nach der Operation) und vernarbte dann vollständig.

947. ***Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Glycerinstäbchen.*** *Von Dr. Theilhaber, München. (Centralbl. f. Gyn. 1894. 20. — Med. Neuigkeiten. 1894.)*

Pelzer hat vorgeschlagen, die künstliche Frühgeburt durch Injectionen von 100 Grm. Glycerin zwischen Eihäute und Uterus hervorzurufen. Dieses Verfahren ist nicht ungefährlich; in einzelnen Fällen wurde nach seiner Anwendung Hämoglobinurie und Nephritis beobachtet, offenbar bedingt durch die Resorption grösserer Mengen von Glycerin. Dass nach subcutaner Anwendung grösserer Mengen Glycerin bedenkliche Erscheinungen von Seite der Nieren auftreten können, ist ja längst bekannt. Es ist anzunehmen, dass das Glycerin in den veröffentlichten Fällen dadurch wirkte, dass es einen chemischen Reiz auf die Uterusinnenfläche ausübt und hierdurch reflectorisch Contractionen der Uterusmusculatur hervorrief, ähnlich wie es bei Einspritzung in das Rectum Contractionen der Dickdarmmusculatur verursacht. Eine unschädliche Art, das Glycerin mit der Uterusinnenfläche in Berührung zu bringen, ist seine Application in Stäbchenform. Solche Stäbchen hat Herr Dr. *König*, Besitzer der Ludwigs-Apotheke in München, auf Veranlassung des Verf. angefertigt. Ein dünner Fischbeinstab ist mit einer dünnen Schicht 0·1%igen Sublimatcollodiums überzogen. Unter demselben befindet sich eine Mischung von je 5 Grm. Glycerin und Gelatine, dem 0·2 Trikresol beigemischt ist. Diese geringe Menge Glycerin ist sicher unschädlich. Verf. hat bis jetzt einmal Gelegenheit gehabt, die Stäbchen anzuwenden. Der Erfolg war ein prompter. Das Allgemeinbefinden der Kreissenden wurde nicht im Geringsten beeinflusst.

948. ***Die Behandlung phlegmonöser und ähnlicher Entzündungen mit dauernden Alkoholverbänden.*** *Von Dr. Salzwedel, Stabsarzt. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1894. 7. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 68.)*

Verf. hat seit mehreren Jahren bei der Behandlung phlegmonöser Entzündungen ein Verfahren angewandt, durch welches er stets „entweder ein fast abortives Zurückgehen leichter Entzündungen oder ein Abschwellen der mässig entzündeten Theile und immer auffällig schnellen Zerfall der schwerer erkrankten Gewebe zu wohl abgerundeten, durch Fluctuation leicht nachweisbaren, dünnen Eiter enthaltenden Abscessen“ erreichte. Das Verfahren ist folgendes: Die Haut der entzündeten Gewebe und ein umfassendes Grenzgebiet wird mit Aether abgerieben und entfettet, dann eine mit 60 oder besser 90%igem Alkohol getränkte dicke



Lage Watte aufgelegt und diese mit einem undurchlässigen Verbandstoff bedeckt, welcher durchlöchert ist, weil ein vollständiger Abschluss zu Aetzungen durch den nicht verdunsteten Alkohol führt. Der Verband muss central über die erkrankte Gegend hinausreichen. Er wird zuerst alle 12—24 Stunden gewechselt und wird nach der Abschwellung nur alle 2—3 Tage erneuert, muss jedoch noch mehrere Tage nach derselben gemacht werden. Etwaige Wunden, welche mit unter den Verband kommen, werden mit trockenem aseptischen oder Jodoformmull oder auch mit fest ausgedrückter mit Alkohol getränkter Gaze locker tamponirt, ebenso wird auf oberflächliche Wunden zuerst trockene Gaze gelegt und dann erst die mit Alkohol getränkten Verbandstoffe, um den Schmerz zu verhindern. Das Fieber fällt meistens schon in oder nach den ersten 24 Stunden. Bei tiefer erkrankten Theilen findet man nach 12—36 Stunden, seltener erst nach 2—3 Tagen, deutlich fluctuirende Abscesse, welche incidirt werden, ohne dass der Eiter ausgedrückt oder ausgespritzt wird. Die Entzündung machte unter dieser Behandlung niemals Fortschritte. Bei flachen Geschwüren, z. B. Wundlauf- und Wundreizgeschwüren, tritt rasche Schorfbildung ein. Das Verfahren hat sich bisher bewährt bei Phlegmonen, Lymphangitis, Panaritien, Furunkel, Mastitis und bei Drüsenschwellungen. Die günstige Wirkung des Verfahrens erklärt Verf. aus der antiseptischen Wirkung des durch Verdunstung in die Gewebe eindringenden Alkohols.

949. ***Ueber Leistung von Kunsthilfe in der geburtshilflichen Praxis.*** *Von Dr. Dohrn. (Volkmann's Sammlung klin. Vortr. Nr. 94.)*

Es ist noch nicht entschieden, wie weit es zulässig ist, in die Vorgänge einer natürlichen Geburt operativ einzugreifen. Die statistischen Angaben zeigen, dass die operativen Entbindungen an Frequenz gestiegen sind. Ueberwiegend häufig sind geburtshilfliche Eingriffe in den Städten, und zwar häufiger je nach dem Grade ihrer Wohlhabenheit, hierzu wirkt noch das steigende Vertrauen der Bevölkerung in die Erfolge der ärztlichen Hilfeleistung. Als eine haltlose Vermuthung bezeichnet dagegen Verf. die Annahme, als hätten unter dem Einflusse der Civilisation Vorkommnisse, welche unbedingt ärztliche Hilfe erfordern — enges Becken, Querlagen, Wehenschwäche etc. — an Zahl zugenommen. Unter den operativen Eingriffen haben in erster Linie die Zangenextractionen eine wesentliche Zunahme erfahren in Kassel und Hanau; vor Allem sind es hier die Erstgebärenden, welche in steigender Häufigkeit operativen Entbindungen unterworfen sind. Auch bei Steissgeburten wird noch oft genug ohne Noth zur künstlichen Beendigung geschritten. Besser steht es mit den Nachgeburtsoperationen. Hier ist das eilige Eingreifen früherer Zeit bereits allgemein als Fehler anerkannt und hat die Erkenntniss Platz gegriffen, dass man bessere Resultate erreicht, wenn man den natürlichen Vorgang längere Zeit gewähren lässt. Dass die Zuversicht in die Resultate der Antisepsis einen ganz besonderen Einfluss auf die Operationsfrequenz ausgeübt hat, veranschaulicht deutlich eine Curvenfigur. Es ist falsch, zu glauben, dass durch die Einführung der Antisepsis das künstliche Entbinden ein

gefahrloser Eingriff geworden. Die Untersuchungen *Hegar's* und Verf.'s zeigen, dass die Gesammtmortalität der Wöchnerinnen im Grossherzogthum Baden in der antiseptischen Zeit nicht abgenommen, ja im Königreich Sachsen sich die Mortalität der operirten Wöchnerinnen in der antiseptischen Zeit sogar vergrössert hat. Mag sich auch der Arzt nach seinen Vorsichtsmassregeln sicher fühlen, so spielen bei jeder Entbindung Einflüsse mit, die man unmöglich ganz beherrschen kann, man ist abhängig von der Mitwirkung des Hebammen- und des Wartepersonales, von der Reinlichkeit der Wöchnerin und ihres Hauses und deshalb können den gefährlichen Einflüssen, welche von dort aus drohen, durch operative Eingriffe und die dabei häufigeren Verletzungen die Eingangspforten leicht geöffnet werden.

Laryngologie, Otiatrik und Ophthalmologie.

950. ***Die Indication zur Tracheotomie.*** *Von Dr. Cnopf. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 19. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 79.)*

Der relativ noch sehr hohe Procentsatz der Todesfälle bei Kindern, die wegen Diphtherie tracheotomirt werden, bringt es mit sich, dass die Aerzte nach immer neuen Gesichtspunkten für eine stricte Indicationsstellung zu dieser Operation suchen. *Trendelenburg* hält den richtigen Zeitpunkt dann für gekommen, wenn die Symptome der Laryngostenose so deutlich geworden sind, dass auch der Laie sie nicht verkennen kann. Allein diese Erscheinungen sind durchaus subjectiv und von dem individuellen Charakter des Patienten abhängig, und nur rein objective Symptome, welche durch die physikalische Untersuchung der Brust gewonnen werden, können für den Arzt bestimmend sein. Verf. hat seit Jahren dem Dorsaltheil des Thorax bei laryngostenotischen Kindern seine Aufmerksamkeit zugewendet. Bei der Aufnahme derselben wurde der Diaphragmastand constatirt und durch einen haftbaren Farbenstift markirt. In allen Fällen war der Stand des Diaphragma am Dorsaltheil des Thorax ein tiefer, in etwa der Hälfte derselben der möglichst tiefe (an der 12. Rippe). Bei den Kindern, bei denen die Stenose noch zunahm, war auch ein successives Herabtreten des Diaphragma zu constatiren. Nach erfolgter Operation war bis auf wenige Fälle ein mehr oder weniger erhebliches Herauftreten des Diaphragma nachweisbar. Verf. kommt deshalb zu dem Schlusse, dass, wenn auch den übrigen Erscheinungen — Vesiculärathmen und Puls — genügend Rechnung getragen werden müsse, doch mit dem Anlangen des Diaphragma an der tiefsten Stelle der Zeitpunkt eingetreten sei, in welchem die Hilfsquellen der Athmungsorgane erschöpft sind und die Operation indicirt sei.

951. ***Sexual-Krankheiten und Krankheiten der obersten Luftwege beim Weibe.*** *Von Dr. Albespy. (Annal. des malad. de l'oreille et du larynx. 1894. 2. — Monatsh. f. Ohrenhk. 1894. 9.)*

Dieser Zusammenhang, namentlich der Zusammenhang zwischen weiblichen Genitalien und äusserer, aber namentlich innerer Nase ist längst festgestellt. Da das Gewebe der Nasenmuscheln caver-

nöses Gewebe ist, so lassen sich viele mit Genitalleiden, namentlich mit Amenorrhoe zusammenhängende Nasenleiden durch mechanische, passive Ueberfüllung des cavernösen Gewebes erklären. Die Unterleibsleiden haben auch einen störenden Einfluss auf den Larynx selbst, sei es durch Reflexreiz, durch passive Congestion oder durch Hypertrophie der Schilddrüse. Verf. gibt verschiedene Krankengeschichten, welche den Zusammenhang der Unterleibsleiden mit Nasen- und Rachenkehlkopfleiden darthun. Verf. benutzt dieses klar bewiesene Verhältniss, um das Exclusive des Halsspecialistenthums zu tadeln, welches in jedem kleinen Halsleiden eine eigene Krankheit erblickt und statt dieselbe auf ein allzu oft daneben bestehendes Allgemeinleiden zurückzuführen, dieses kleine Halsleiden ohne Erfolg local behandelt.

952. ***Die Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.*** *Von Dr. **M. Bresgen.** (Münchener med. Wochenschr. 1894. 31 und 32. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 10.)*

Nach Verf. sind die Flächeneiterungen der Nase sehr selten, während die grosse Mehrzahl der Naseneiterungen sich als Herderkrankung in den Nasengängen oder in den Nebenhöhlen erweist. Die Eiterungen in der Nase müssen in Bezug auf ihre Entstehung unterschieden werden. Eine Art entsteht durch Trippereiter, besonders beim Durchtritt der Frucht durch die Geburtswege der Mutter, seltener durch anderweitige Uebertragung von Trippereiter in die Nase. Eine zweite Gruppe von Naseneiterungen entsteht nach oder mit acuten Infectionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken, Influenza, Diphtherie. Eine dritte Gruppe von Naseneiterungen bezieht sich nur auf die Oberkieferhöhle und wird durch eine kranke Zahnwurzel, die in dieselbe ragt oder in unmittelbarer Nähe sitzt, hervorgerufen. Die Folgeerscheinungen des Eiterflusses aus der Nase sind zunächst das Wundwerden der Nasenlöcher, Trockenheit im Halse mit zähen Schleimmassen daselbst. Die Kranken spüren als sehr peinigend einen faden Eitergeruch, den die Umgebung gewöhnlich nicht wahrnimmt, während bei Ozaena die Umgebung sehr darunter leidet, ohne dass der Kranke den üblen Geruch empfindet. Häufig besteht dumpfer Kopfschmerz an Stirn und Schläfe, welcher mit dem Freiwerden der Nase schwindet. Bei Besichtigung der Nase von vorne findet man mehr oder weniger Eiter neben Verschwellung der Schleimhaut oder zu zähen Krusten eingedicktes Secret bei deutlichem Gewebsschwund. Zum Zwecke der Reinigung wird mit Wattesonden das Secret vorsichtig von vorne nach hinten geschoben, um den aus den Nasengängen nachdrängenden Eiter sehen zu können; eventuell wird durch Einpinselung mit 20%iger Cocainlösung die Nase unempfindlich gemacht. Nach der Säuberung versucht man, durch bestimmte Kopfhaltung den Ausfluss von Eiter aus einzelnen Nebenhöhlen der Nase zu begünstigen. Die Behandlung der Eiterung in der Nase und deren Nebenhöhlen besteht in der möglichsten Freilegung des Eiterherdes, um den Abfluss des Eiters so viel wie möglich zu erleichtern. Die Kieferhöhle eröffnet Verf. mit dem *Krause*'schen Stichrohr vom unteren Nasengange aus und erweitert die künstliche Oeffnung mit dem Meissel. Den Zugang in die Stirnhöhle sucht er auf dem natürlichen Wege nach Abtragung



der geschwellten Schleimhaut im vorderen Winkel des mittleren Nasenganges mittelst einer Sonde, eventuell nach Erweiterung des Ganges mit dem scharfen Nasenlöffel. Die weitere Behandlung besteht in der Einführung eines hirsekorn- bis linsengrossen Stückes Hexa-Aethylviolett, an eine Metallsonde leicht angeschmolzen, in Zwischenräumen von 3—6 und mehr Tagen. Die Sonde muss 2—3 Minuten in der Höhle liegen, damit sich der Farbstoff löst. Der Einführung des Farbstoffes folgt in der Regel eine Vermehrung der Absonderung, jedoch besteht diese in einer Verflüssigung des Eiters, der sich später merklich vermindert. Bei Anwendung des Farbstoffes soll man von vorneherein nicht mehr als eine Nebenhöhle auf einmal in Behandlung nehmen, erst wenn an einem Punkte Besserung eingetreten ist, kann man andere in Behandlung nehmen. Die Behandlung dauert kürzestens 4 Wochen.

953. ***Die ägyptische Augenentzündung.*** *Von Prof. **E. Fuchs**. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. VII. 12. — Schmidt's Jahrb. 1894. 7.)*

Verf. widmete während eines Winteraufenthaltes in Aegypten seine besondere Aufmerksamkeit den dort in ungeheurer Zahl vorkommenden Augenkranken. Ob die sogenannte ägyptische Augenkrankheit unserem Trachom gleicht, darüber ist schon viel geschrieben worden. „Fälle rein körnigen Trachoms mit massenhaften froschlaichartigen Körnern in der Uebergangsfalte (Trachoma Arlti)“ hat Verf. in Aegypten nicht zu sehen bekommen. Die meisten Augen zeigen bei ausgesprochener Ptosis grosse Hornhautnarben. Die Krankheit ist entweder eine acute eiterige Entzündung, bei der Stäbchen und Gonococcen stets im Eiter gefunden werden, oder eine chronische, aus der acuten Form hervorgehende. Ein Theil der chronischen Entzündungen entsteht aber auch allmälig ohne vorhergehendes acutes Stadium (unser Trachom). Die Augenentzündung herrscht am stärksten zur Zeit der Nilüberschwemmung, August bis November. Sie ist wie bei der Donau und dem Rhein am verbreitetsten an der Mündung des Nil und nimmt stromaufwärts ebenso wie an der Donau und dem Rhein immer mehr ab. Die auffallende Unreinlichkeit der ärmeren Volksclassen, besonders der Kinder, unterstützt durch Fliegen in schwarzen Schaaren mag wesentlich zur Ausbreitung des Uebels dienen. Europäer werden selten von der Krankheit befallen.

954. ***Ueber den Werth der mechanischen und chirurgischen Heilmethoden des chronischen Trachoms.*** *Von Dr. **Ed. Pergens**. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. Mai 1894. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1894. 10.)*

Die Massage, sowie das *Keinig*'sche Verfahren werden gewöhnlich als die mechanische, die Excision als die chirurgische Behandlungsweise des Trachoms beschrieben. Einige andere Behandlungsmethoden, als Roll- und Fensterpincette, Ausquetschen mit den Fingern, Curettiren, Bürsten der Bindehaut u. s. w., schliessen sich bald mehr dem einen, bald mehr dem anderen Modus an. Um den Werth dieser Methoden taxiren zu können, hat Verf. Stücke aus der Conjunctiva und dem Tarsus vor der Behandlung excidirt und sie mit anderen des nämlichen Lides nach der Behandlung verglichen. Meist ergab sich nur eine theil-

weise Entleerung der Follikeln, während die meisten ungestört weiter bestanden; meist bestand daneben geringere oder stärkere reactive Entzündung. Die Brossage nach *Manolescu* beeinflusst die Körner ziemlich bedeutend, so dass, wo nur diese vorhanden sind, Heilung eintreten dürfte. Im Ganzen haben diese Methoden nicht den Werth einer Heilung, sie fördern und beschleunigen nur den natürlichen Verlauf der Krankheit, indem die Follikel früher entleert werden und vernarben, und indem durch Entzündung eine Resorption angeregt wird. Im Allgemeinen werden die Patienten durch diese Behandlungsweisen in der nämlichen Zeit in der Besserung weiter vorgebracht als durch Lapis oder Cuprum. Die Excision der Uebergangsfalte wurde nur ausnahmsweise angewendet.

955. ***Die Aetiologie der bandförmigen Hornhauttrübung.*** *Von Dr.* ***A. Topolanski.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1894. 6. — Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. 1894.)*

Verf. sah bei Maurern, Tischlern, Hutmachern und anderen Arbeitern, die viel in staubigen Räumen arbeiten, oder die wiederholt kleine Verletzungen der Hornhaut sich zuziehen, oft die bandförmige Trübung der Hornhaut auftreten. Bei einem Hutmacher fand Verf. in abgetragenen Hornhauttheilen Reste von Hasenhaaren, die beim Bearbeiten der Thierfelle in grosser Menge in der Luft herumfliegen. Auch bei Pseudopterygien und wirklichen Pterygien sah Verf. im unmittelbaren Anschluss an das Pterygium bandförmige Trübung quer durch die Hornhaut. Verf. fasst daher die Aetiologie dieser Hornhautentzündung so zusammen: Sie kommt 1. an degenerirten Augen, besonders bei Glaukom und Iridocyklitis, am häufigsten vor; sie kommt vor 2. an Augen schwer erkrankter Individuen als eine Hornhautaffection für sich und 3. bei völlig normalen Individuen und an normalen Augen, bedingt durch lang fortgesetzte Traumen.

956. ***Ueber das Verhalten von Fremdkörpern in der Linse.*** *Von Prof.* ***Magnus,*** *Breslau. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. November 1893. XVII, pag. 327, 11. — Schmidt's Jahrb. d. gerichl. Med. 1894. 7.)*

Um zu untersuchen, auf welchen Wegen die in der Linse befindliche Flüssigkeit diese verlässt, machte Verf. verschiedene Injectionen in die Linse mit Chlorophyll, Fuchsin, Alcanin und Russmischung. Von der letzten Mischung z. B. (feinstes Russpulver in Leinöl) wurde zweimal hinter dem oberen Hornhautrande ein Tropfen in die hintere Linsenfläche gespritzt. Man konnte deutlich die Tropfen in der Linse sehen. Bald darauf senkte sich im Oeltropfen der Russ und blieb für sich Jahre lang ohne Trübung der umgebenden Linsenmasse liegen. Der Oeltropfen aber zertheilte sich und drang in regellos zerstreuten Kügelchen nach vorn. Eine schon am 3. Tage auftretende punkt- und bläschenförmige Trübung der oberen vorderen Linsenfläche, besonders des Quadranten, der der Einstichstelle an der hinteren Linsenfläche entsprach, kann wohl als Ausdruck der Oelausscheidung daselbst angesehen werden. Nach ein paar Wochen war die Trübung, die stets den äquatorialen Saum frei liess, vollständig von der vorderen Linsenfläche verschwunden.



957. ***Eine einfache Methode, Hemianopsie zu constatiren.*** *Von Dr. D. Axenfeld, Perugia. (Neurol. Centralbl. 1894. 12.)*

Bekanntlich sind wir bei der Vergleichung zweier Entfernungen, von denen die eine im oberen, die andere im unteren Theile des Sehfeldes gelegen ist, einer Täuschung unterworfen, indem wir die obere Distanz überschätzen. Sucht man eine verticale gerade Linie nach dem Augenmass zu halbiren, so macht man die obere Hälfte in der Regel zu klein; in Versuchen von *Delboeuf* belief sich die durchschnittliche Differenz auf $^1/_{16}$. Noch kleinere Unterschiede werden in der Ausmessung der äusseren und inneren Hälfte des Sehfeldes wahrgenommen; sie sind überdies nur bei einäugigem Sehen nachweisbar; man ist dann geneigt, die äussere Hälfte, also für das rechte Auge die rechte, für das linke Auge die linke, zu klein zu machen. Nach Versuchen von *Kundt* scheint sich dieser Fehler höchstens auf $^1/_{40}$ zu belaufen. Die Erscheinungen erklären sich aus der Vertheilung der Muskelkräfte am Augapfel. Bei einem Individuum, welches in Folge eines Trauma eine grosse Hirnwunde in der Gegend der linken oberen Occipitalwindung davongetragen hatte, zeigte sich rechtsseitige laterale homonyme Hemianopsie mit Dyschromatopsie für Gelb und Blau. Nach einem vorübergegangenen acuten Stadium mit Aufregung, Hemiparese und Aphasie bestand zur Zeit der Untersuchung kein wesentliches Bewegungshinderniss in irgend welchem Theile des Körpers. Beim aufmerksamen Zusehen bemerkte man aber, dass der Kranke die combinirte seitliche Bewegung beider Augen nach links etwas ausgiebiger vollzog als nach rechts, so dass eine leichte Parese des rechten Rectus externus und linken Rectus internus anzunehmen war. Der Pupillenreflex konnte überall ausgelöst werden. Es bestand weder Ptosis, noch Nystagmus. Die Hemiopie scheint sehr selten von Augenmuskelstörungen begleitet zu sein, oder es werden vielleicht leichtere Grade von Störungen übersehen. Vom theoretischen Gesichtspunkte aus wären solche immer zu erwarten. In der That müssen wir zur Erklärung der Thatsache, dass das Auge sich immer mit dem gelben Fleck nach der Lichtquelle wendet, die Annahme machen, dass an centraler Stelle der innere Quadrant der Retina mit dem M. R. externus, der äussere Quadrant mit dem R. internus, der obere mit dem R. inferior u. s. w. in Verbindung stehe und also Lichtwahrnehmung und Bewegungsimpuls für die Augenmuskeln in derselben Rindeneinheit gleichzeitig zu Stande kommen und auch gleichzeitig herabgedrückt sind. Wurde nun dem Kranken ein schmaler Papierstreifen von etwa 6 Cm. Länge vorgelegt mit der Aufforderung, denselben bei einäugigem Sehen zu halbiren, so beging er 1. Fehler, die bedeutend grösser waren, als die von *Kundt* gefundenen, im Mittel 0·06 (der Kranke war ein Bauer und hatte weder Lesen, noch Schreiben gelernt); 2. machte er, wie der normale Mensch, die äussere Hälfte zu klein, nur wenn er das rechte Auge offen hielt, mit dem linken Auge aber machte er umgekehrt die innere Hälfte zu klein; der Fehler war im Durchschnitt 0·1, und 3. beging er auch bei Offenbleiben beider Augen bei der Halbirung des Streifens denselben Fehler, den er bei Offenbleiben des einen rechten Auges machte, nur im höheren Masse; der Fehler belief sich auf 0·15. Der verticale Streifen



wurde normal halbirt, indem die obere Hälfte zu klein ausfiel. Die Erklärung dieser Erscheinung ergibt sich aus der von *Wundt* für das normale Auge angeführten, nur dass hier nicht der grössere oder geringere Querschnitt des Muskels, wohl aber die grössere oder geringere Leistungsfähigkeit desselben heranzuziehen ist.

Wenn also ein Individuum bei dem Versuche, eine horizontale Linie zu halbiren bei einäugigem Sehen, mit jedem Auge immer denselben Fehler begeht, indem er dieselbe Hälfte zu klein macht und wenn er denselben Fehler in noch höherem Masse begeht beim Offenbleiben beider Augen, so handelt es sich um homonyme laterale Hemianopsie, und zwar ist dieselbe gleichseitig mit der kleineren Hälfte der halbirten Linie. Die Methode könnte von Nutzen sein in Fällen, wo man nicht gleich ein Perimeter zur Hand hat, in der Privatpraxis, für Nichtspecialisten und um Simulanten zu entlarven.

958. ***Ueber den Keratoconus.*** *Von Elschnig, Graz. (Klin. Monatsblätter f. Augenhk. 1894. Heft 2. — Allgem. med. Central-Ztg. 1894. 80.)*

Ausgehend von einem Falle von beiderseitigem Keratoconus, der nach mehrfachen Operationen und monatelanger Behandlung functionell gebessert und am weiteren Fortschreiten verhindert wurde, bespricht Verf. die Pathogenese und die Behandlung dieses Leidens. Die Ursache desselben wurde bisher allgemein in einer Herabsetzung der normalen Resistenz der Hornhaut gesehen. Gestützt auf die experimentelle Erzeugung des Keratoconus durch *His* hat *Panas* die Theorie aufgestellt, dass eine Läsion des Endothels der Hornhaut zur Imbibition, Verdünnung und schliesslich Ectasirung der Cornea führe. Eine derartige Affection der Hornhaut könnte aber nicht ohne Veränderungen der Transparenz vor sich gehen, und Verf. hat die Beobachtung früherer Autoren, dass die Cornea anfänglich ihre Durchsichtigkeit bewahrt habe, durch seinen Fall bestätigt. Gegen die Annahme einer Erkrankung des Hornhautparenchyms spricht aber auch die Thatsache, dass bei ausgebreiteten Geschwüren keine Ectasirung auftritt. Dies deutet darauf hin, dass den grössten Theil des intraocularen Druckes nicht das Hornhautparenchym, sondern die Membrana Descemeti trägt. Für die Richtigkeit dieser Annahme sprechen die Experimente des Verf.'s am Kaninchenauge. Durch Verlust auch einer grösseren Partie des Hornhaut-Endothels wurde nur eine geringfügige Ectasie des Centrums der Cornea hervorgerufen; zum Zustandekommen einer beträchtlichen kegelförmigen Ausdehnung schien eine Verletzung der inneren elastischen Membran der Cornea erforderlich. Die Annahme, dass die Ursache der Ectasie in der Membrana Descemeti gelegen sein müsse, findet eine Analogie in der Pathogenese der Aneurysmen, zu deren Entstehung nach *Eppinger* ein umschriebener Defect der Tunica elastica einer Arterie allein schon genügt. Verf. nimmt an, dass durch eine in ihrer Aetiologie noch unbekannte chronische Erkrankung des Endothels der Cornea die anatomische Integrität der Membrana Descemeti leidet, und dass diese ihre Resistenz soweit einbüsst, dass sie dem intraocularen Drucke nicht mehr genügend widerstehen kann. Dass gerade die Hornhautmitte am stärksten ectasirt wird, erklärt sich

daraus, dass hier die Membrana Descemeti am dünnsten ist und dass ihre Ernährung in den Randpartien vorwiegend durch den vom Randschlingennetz ausgehenden Lymphstrom, in den centralen Partien wenigstens zum grossen Theil auch von der vorderen Kammer aus erfolgt. Als Behandlung kommt nur die Cauterisation der Kegelspitze in Betracht; man erreicht durch dieselbe die Bildung einer flachen Narbe und auch eine Abflachung der übrigen Hornhaut. Die Narbe, welche der Cauterisation folgt, wird unter sonst gleichen Umständen um so dichter und resistenter, je früher und reichlicher die Vascularisation der Cornea vom Randschlingennetze her erfolgt. Da nun die Neubildung der Blutgefässe im gesunden Hornhautgewebe langsam vor sich geht, so ist es vortheilhaft, die cauterisirte Spitze des Keratoconus durch eine schmale Brücke oberflächlich verschorften Gewebes mit dem Hornhautrande zu verbinden. Die Cauterisation soll mit nur schwach rothglühender Platinschlinge vorgenommen werden.

Dermatologie und Syphilis.

959. ***Ein Fall von Hautsarcomatose mit den klinischen Charakteren infectiöser Lymphangioitis.*** *Von **Hallopeau** und **Jeanselme**. (Annal. de dermat. et syph. 1893, pag. 1088. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 40.)*

Bei einem kräftigen jungen Manne entwickelte sich auf einer lange Zeit bestehenden Schwiele der Handfläche eine Ulceration. Später traten längs der Lymphgefässe bewegliche Knoten auf, die ulcerirten und sinuöse leicht blutende Geschwüre bildeten. Weiter entwickelte sich eine diffuse Infiltration der Haut der ganzen Extremität, in der die isolirten Knoten untergingen. Erysipel, Tod. Die Section zeigte ähnliche Knoten, wie in der Haut, auch in der Pleura und den Nieren. Die anatomische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Sarcom handelte. Die Verfasser kommen daher zum Schlusse, Sarcome können durch lange Zeit auf eine Extremität beschränkt bleiben, um dann auf dem Wege von Lymphgefässen und -Drüsen sich weiter zu verbreiten, analog der tuberculösen Lymphangioitis.

960. ***Beitrag zu den blasenbildenden Affectionen der Mundschleimhaut.*** *Von **Rosenthal**, Berlin. Bericht über die Verhandlungen des IV. Congresses d. deutschen dermatolog. Gesellsch. (Arch. f. Dermat. u. Syphilis. Bd. XXIX, pag. 145.)*

Verf. berichtet über 3 Fälle, in denen Blasen, resp. die Folgezustände solcher in der gesammten Mundhöhle und an den Genitalien auftraten. Die bläuliche Färbung und der zinnoberrothe Rand der Genitaleffloreszenzen liess die Diagnose als Erythema exsudativum multiforme bullosum stellen; nur in einem Falle war auch die Analschleimhaut befallen. Bei den 3 Patienten trat der Anfall im Herbst, resp. Winter und Frühling auf; bei allen folgten mehrere Recidive. Die Diagnose Pemphigus kann für solche Fälle zurückgewiesen werden — eben wegen der Genitalaffection — aber



manche Fälle von Schleimhautpemphigus gehören vielleicht zum Erythema exsudativum; auch den chronisch recidivirenden Herpes der Mundschleimhaut möchte Verf. hierher rechnen; Urticaria bullosa und der Herpes iris kann wegen des Fehlens der Hauterkrankung nicht diagnosticirt werden; chronisch recidivirende Aphthen sehen anders aus; ebenso sind Lichen planus und Syphilis leicht auszuschliessen. Beim Erythema bullosum können Pharynx, Kehlkopf, Bronchien, Anus, Nase, Conjunctivae betheiligt sein; die Blasen selbst sind meist kaum zu beobachten; ihre Decke kann in lockeren Fetzen aufliegen oder man sieht nur eine scharf contourirte blutende und schwammige oder croupös belegte Erosion; die cyanotische Verfärbung ist auch auf den Schleimhäuten manchmal zu erkennen.

961. ***Das chronische Eczem in Verbindung mit Hautanästhesie.*** *Von Dr. P. Nikolski. Medicinskoje Obosrenije. 1894. 13. — Beilage Nr. 8 der St. Petersburger med. Wochenschr. 1894.)*

Verf. beschreibt 12 Fälle von chronischem Eczem, bei denen Hautanästhesie in mehr oder weniger ausgedehnten Gebieten bestand. Es waren 9 Männer und 3 Frauen im Alter von 22 bis 54 Jahren; nur 2 Patienten gehörten zu den besseren Ständen, die anderen waren Bauern und Handwerker. Die Dauer des Eczems im Durchschnitt 5 Jahre. Am häufigsten waren die Handflächen befallen, daneben aber waren auch häufig andere Körpertheile von dem Eczem eingenommen, in der Regel konnte eine Symmetrie in dem Befallensein beider Körperhälften constatirt werden, doch breitete sich das Eczem nicht dem Verlaufe der Hautnerven entsprechend aus; von Seiten der Psyche constatirte Verf. zuweilen eine starke Erregung, Reizbarkeit, häufig waren rein hysterische Symptome nachweisbar. Bei allen 12 Patienten bestand Hautanästhesie, in einem Falle war die ganze Körperoberfläche anästhetisch, in anderen Fällen war die Anästhesie begrenzt; in 8 Fällen befand sich das Eczem nur an den anästhetischen Partien, in 4 Fällen dagegen waren auch Hautstellen mit normaler Empfindlichkeit von dem Eczem betroffen; in einigen Fällen (4) fehlten alle sensiblen Hautfunctionen, in anderen Fällen waren nur der Temperatursinn oder nur die Tast- oder Schmerzempfindung abgeschwächt. — Verf. ist der Meinung, dass in allen 12 Fällen das Eczem in inniger Beziehung zur Hysterie gestanden habe.

962. ***Klinische und bacteriologische Erfahrungen mit Thiosinamin.*** *Von van Hoorn, Amsterdam. Bericht über die Verhandlungen des IV. Congresses der deutschen dermat. Gesellsch. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXIX, pag. 145.)*

Die von *Hebra* gemachten Erfahrungen wurden von Verf. im Allgemeinen bestätigt; gelegentlich traten bei der Thiosinaminreaction Rhagaden auf, aus denen seröse Flüssigkeit abgesondert wurde. Bei kleineren Herden war die Reaction und die Besserung geringer, als bei schwereren Erkrankungen; in einigen lange behandelten Fällen musste die Behandlung schliesslich wegen der Erfolglosigkeit ausgesetzt werden. Statt der alkoholischen Lösung wurde auf *Duclaux*' Rath eine viel weniger schmerzhafte 10%ige Glycerinlösung benutzt; höher als bis zu 200 Mgrm. pro dosi brauchte, da immer Reaction eintrat, nicht gestiegen werden. Bei



2 Patientinnen trat nach 15monatlicher, stets gut vertragener Behandlung allgemeines Unwohlsein (Appetitverlust, Mattigkeit u. s. w.) ein, das sich nach jeder Einspritzung steigerte, so dass Verf. die Behandlung abbrach; darnach bald wieder völliges Wohlbefinden. Aus bacteriologischen Versuchen, die Verf. unter *Forster's* Leitung angestellt hat und die noch nicht abgeschlossen sind, scheint hervorzugehen, dass geringer Zusatz von Thiosinamin zu einem Nährmedium die Entwicklung von Bacterien hemmt, dass aber auch langdauernde Einwirkung sie nicht tödtet. Verf. glaubt aus seinen Untersuchungen den Schluss ziehen zu können, dass Thiosinamin bei wenig ausgebreitetem Lupus nicht zu empfehlen ist, und dass, wo immer möglich, örtliche Behandlungsmethoden vorzuziehen und das Thiosinamin für die Nachbehandlung „zur Beseitigung von unangenehmen Folgezuständen nach der localen Behandlung“ zu reserviren ist.

963. ***Imprégnation syphilitique. Syphilis d'emblée.*** *Von* ***Verchère****, Paris. Bericht des XI. internat. med. Congresses in Rom. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXIX, Heft 1.)*

Man nimmt gewöhnlich an, dass die Syphilis immer mit einem Schanker beginnt, den man sieht oder der unbeachtet bleibt. Verf. führt 3 Fälle an, die vor, während und nach der syphilitischen Infection unter stetiger genauer Controle eines geübten Syphilidologen standen, ohne dass je Spuren eines Schankers entdeckt werden konnten. Der eine Fall betrifft einen verheirateten Herrn X., der einen harten Schanker acquirirte. Auf Rath des Vortr. enthält sich X. des geschlechtlichen Verkehrs mit seiner von Vortr. untersuchten und ganz gesund befundenen Frau. Nach völliger Heilung des Schankers nimmt Pat. wieder den geschlechtlichen Verkehr mit seiner Frau auf, wobei Vortr. Gelegenheit hat, sich jedesmal einige Stunden vor dem Coitus von der Intactheit des Penis seines Pat. zu überzeugen. Während dieser Zeit untersuchte Vortr. auch Frau X. alle 6—8 Tage eingehend, ohne je auch nur eine Spur einer Erosion gefunden zu haben. Trotzdem bekam sie 4 Monate später eine allgemeine luetische papulöse Eruption mit nachfolgenden Plaques muqueuses. Der zweite Fall betrifft einen syphilitischen Herrn A., der seit 6 Monaten keine Spur von Lues mehr zeigt und der mit einer verheirateten Frau B. häufigen geschlechtlichen Verkehr übt. Diese Frau, die ebenso wie der Mann häufig von Verf. untersucht wurde, bekam nach einem Jahre Kopfschmerzen, multiple Periostosen und eine Lähmung des Oculomotorius, welche Erscheinungen auf eine antiluetische Cur verschwanden. Der Mann der Frau blieb gesund. Der dritte Fall betrifft einen jungen Arzt, der 6 Monate vor seiner Verehelichung Syphilis hatte, die sich durch einen kleinen Schanker und leichte Psoriasis palmaris kundgab. Seine Frau, die er oft sorgfältig untersuchte, bekam zwei Monate nach der Hochzeit ein specifisches Ecthyma an den unteren Extremitäten. Zwei Kinder des Ehepaares zeigen Spuren von hereditärer Lues. Die Infection ist in diesen Fällen offenbar durch den Contact des Uterus mit dem Sperma zu Stande gekommen; es hat eine directe Imprägnirung mit dem Syphilisgift stattgefunden. Von einer conceptionellen Syphilis kann in den ersten 2 Fällen keine Rede sein, weil keine Conception stattgefunden hat.

964. ***Ueber Psoriasis-Therapie.*** *Von Prof.* ***A. Neisser.*** *(Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis. 1894. 1 u. 2.)*

Der gewöhnliche Gang einer Psoriasisbehandlung wäre nach Verf. etwa folgender: Jede Behandlung beginnt mit einem mehrtägigen Cyclus von protrahirten Bädern mit energischen Seifenabwaschungen und nachträglichen Einreibungen von 5—10%iger Salicylsäurevaseline. Ob der Zusatz der Schwefelcalcium enthaltenden Solutio Vlemingkx (etwa 150 Grm. auf 1 Vollbad) zum Bade, respective Einreibungen mit dieser Solutio vor dem Bade von besonderer Wirkung sind, mag dahingestellt sein. Die Dauer dieser Behandlung richtet sich nach zwei Momenten: 1. Handelt es sich um ganz frische Psoriasiseruptionen, so wird man sie so lange fortsetzen, bis von neuen Eruptionen nichts mehr zu constatiren ist. Das Nachlassen des starken Juckreizes, der sehr häufig frische Psoriasiseruptionen begleitet, kann als Anhaltspunkt dienen. 2. Stark verdickte, inveterirte Psoriasisformen werden durch die Bäder und Salicylsäurebehandlung für die später nachfolgende Chrysarobintherapie vorbereitet, und zwar umsomehr, je langdauernder die Bäder und je energischer die Salicylsäureapplication vor sich geht. Für letztere wird man häufig an Stelle der Salben 10—15—20%iges Salicylseifenpflaster anwenden. Dieselben sind geeigneter als die Salicylsäurepflastermulle *(Beiersdorf)*, welche stärker ätzen und die Oberhaut maceriren ohne entsprechende Erweichung in der Tiefe. Dieser Vorbereitungscur folgt nun die Chrysarobinbehandlung, und zwar bei sehr reichlicher und dichtstehender Eruption oder bei grossen Plaques mit 5—10—20%iger Salbe (mit Vaseline oder Lanolin etc.), bei isolirt stehenden kleinen Herden als Aufpinselung von 10%igem Chrysarobin-Traumaticin (oder 10%igem Chrysarobinchloroform, mit Ueberpinseln von reinem Traumaticin) oder im Auflegen von *Beiersdorf*'schem Chrysarobin-Pflastermull. Die Dauer der Chrysarobinbehandlung richtet sich ganz nach der Reaction der behandelten Haut. Bei sehr empfindlichen Individuen mit acut auftretenden diffusen Schwellungen und Erythemen wird man sehr bald die Chrysarobin-Therapie durch mildere Salben, Einpudern, spirituöse Waschungen etc. unterbrechen müssen, bis nach Verschwinden des Reizzustandes eine erneuerte Chrysarobinapplication gestattet ist. Handelt es sich andererseits um ganz inveterirte Psoriasis oder um sehr wenig reagirende Haut, so wird man mit der Chrysarobinbehandlung sehr viel länger und energischer fortfahren. Statt der gewöhnlichen 5- oder 10%igen Salbe wird man 20%ige nehmen. Man kann der Chrysarobinsalbe Salicylsäure in verschieden starker Concentration beimischen; man wird protrahirte Bäder mit der Chrysarobinbehandlung combiniren u. s. w. In Fällen, in denen man mit Chrysarobin so gut wie nichts erreicht, wird häufig Pyrogallussäure oder die dauernde Application von Salicylsäureseifenpflastern mit Erfolg angewendet werden können. Das Wichtigste bleibt aber unter allen Umständen, dass Arzt und Patient sich nicht durch die oft sehr schnell eintretenden scheinbaren Heilerfolge täuschen lassen. Wir müssen versuchen, durch fortgesetzte, und zwar Monate lang ununterbrochen und constant fortgesetzte Behandlung auch die letzten Reste von Pilzkeimen zu beseitigen, die sonst wie



zurückgebliebene Unkrautkeime in kürzester Frist das ganze Feld überwuchern. Wöchentlich ein- bis zweimal wiederholte Bäder und täglich regelmässige Einreibungen mit geeigneten Salben und Seifen dürfen vielleicht entsprechen. Einer besonderen Pflege wird die Kopfhaut bedürfen, für welche die Pyrogallussäuresalbe alle anderen an Wirkung übertrifft. Bei hellblonden Individuen allerdings wird die Dunkelfärbung des Haares die Anwendung der Pyrogallussäure bei ambulanter Behandlung unerwünscht erscheinen lassen. Hier würde weisse Präcipitatsalbe: Rp. *Hydr. praecip. alb. 1·0—3·0, Bismuth. subnitr. 3·0, Ung. cer., Ung. lenient. aa. 15·0,* ebenso am Platze sein, wie für Psoriasis des Gesichts. Bei dieser besonders vorsichtig zu behandelnden Form ist die nächtliche Application von gut klebenden Salicylseifen sehr vortheilhaft.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

965. ***Das Verhalten verschiedener Brotarten im menschlichen Organismus.*** *Von **Menicanti** u. **Prausnitz**. (Zeitschr. f. Biologie. XXX. N. F. Bd. XII. Heft 3.)*

Die Untersuchungen der Verff. führen zu folgenden für die Ernährungslehre wichtigen Ergebnissen: Bei Aufnahme von Brot, welches aus denselben Mehlen, das einmal mit Sauerteig, das andere Mal mit Hefe gebacken wurde, war die Menge des ausgeschiedenen Kothes im letzteren Falle eine kleinere. Weizenbrot verhielt sich in dieser Beziehung erheblich besser als Roggenbrot, ein Brot aus gemischtem Mehle stand in der Mitte. Die Decortication des Getreides bietet, wenn sie auch etwas geringere Kothmengen schafft, nicht die Vortheile, welche ihr in den letzten Jahren wiederholt nachgerühmt wurden. Sie gestattet durchaus nicht eine vollständige Vermahlung zu Mehl, allerdings erhält man bei starker Ausmahlung (80—82%) feineres Mehl in etwas grösserer Qualität, als auf anderem Wege. Das Mehl von decorticirten Körnern war dunkler und deshalb weniger verkäuflich. Der feineren Zermahlung der decorticirten Körner war wohl die etwas geringere Kothmenge nach dem Genusse derselben zuzuschreiben. Die in der Arbeit mitgetheilten sogenannten Ausnützungsversuche sprechen dafür, dass der dabei ausgeschiedene Koth grösstentheils von den Darmsäften, nur zum kleinsten Theile von unresorbirten Nahrungstheilen herstammt. Nur auf die Absonderung der ersteren scheint die Brotart in Folge ihrer physiologischen Beschaffenheit (Porosität, Volumen, specifisches Gewicht) im Wesentlichen einen Einfluss zu äussern. Letztere ist von der Getreideart, dem Vermahlungsgrade und der Mehlqualität abhängig. Lockeres, poröses Brot, welches leichter resorbirbar ist, regt den Darm nicht in dem Grade zur Absonderung von Säften an, wie feste, schwere Brotsorten. Von den in Deutschland üblichen Mehlarten liefert feines Weizenmehl das poröseste, grobes Roggenmehl, respective Roggenschrot (dessen Bedarf und Verbrauch übrigens immer mehr zurücktritt) das festeste Brot.



966. ***Zur Kenntniss der Eiweisskörper in den Tuberkelbacillen.*** *Von Dr. K. von Hofmann. Aus der Prosectur des k. k. Rudolf-Spitales. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 38.)*

Verf. erhält aus den Tuberkelbacillen im Ganzen 6 Arten von Eiweisskörpern: 1. In Wasser lösliches Eiweiss (Albumin). 2. In verdünnten Säuren lösliches Eiweiss (wohl hauptsächlich Globulin). 3. In verdünnten Alkalien lösliches Eiweiss in dreierlei Formen: *a)* Durch Neutralisation des alkalischen Auszuges gefällt (Acidalbumin, vielleicht aus Globulin entstanden); *b)* durch Ansäuern gefällt; *c)* durch Alkohol gefällt. 4. In den gewöhnlichen Lösungsmitteln nicht lösliches Eiweiss, welches durch langes Kochen als Albuminat erhalten wurde. Bei allen 6 Arten waren die Eiweissreactionen deutlich ausgesprochen. Bei 3 *a* und 4 konnte die Gerinnungstemperatur bestimmt werden. Eine Probe der Tuberkelbacillen war bei 100° C. getrocknet und gewogen worden. Aus dem Gewichtsverlust dieser Probe wurde das Trockengewicht der gesammten feucht gewogenen Bacterienmasse auf 1·8 Grm. berechnet. Die Gesammtausbeute an Eiweisskörpern betrug 0·42 Grm., also circa 23% der gesammten Tuberkelbacillenmasse. Davon entfiel die Hälfte auf die durch Kochen erhaltenen Albuminate und vom Rest der grösste Theil auf den alkalischen Auszug. Leider war Material nicht in genügender Menge vorhanden, um mit allen erhaltenen Eiweisskörpern Thierversuche vornehmen zu können. Doch konnte gezeigt werden, dass 2 Eiweisskörper, der durch Neutralisation des alkalischen Auszuges, ferner das durch Kochen mit Kalilauge erzeugte Albuminat, tuberculösen Meerschweinchen injicirt, bei diesen dieselbe allgemeine und locale Reaction hervorrufen, wie das *Koch*'sche Tuberculin; nur schien der erstere wirksamer als der letztere, namentlich dessen Alkoholniederschlag.

967. ***Zur Pathologie des Abdominaltyphus.*** *Von H. Quincke und A. Stühlen. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 15. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 34.)*

Nachdem in den beim Typhus auftretenden Periostiten wiederholt Typhusbacillen gefunden worden sind, liegt die Frage nach dem Wege nahe, auf welchem dieselben in den Locus affectus gelangt sind. *Quincke* untersuchte in 9 Fällen das Mark der Rippen von Typhusleichen und fand 8mal in demselben Typhusbacillen; andere Bacterien waren niemals vorhanden. Er steht demnach nicht an, zu behaupten, dass im rothen Knochenmark Typhuskranker sich der Typhusbacillus mit derselben Constanz, wenn auch wahrscheinlich in geringerer Menge findet, wie in der Milz. Es entsteht nun aber die weitere Frage, warum die in dem Knochenmark angesiedelten Bacillen bisweilen zu einer eiterigen Entzündung führen, während dies für gewöhnlich nicht der Fall ist. Die Mitwirkung anderer Mikroorganismen, welche wegen der oft sehr grossen Entfernung dieser Eiterungen von primären Entzündungsherden schon sehr unwahrscheinlich ist, muss abgelehnt werden, weil die Untersuchung der ersteren das ausschliessliche Vorkommen der Typhusbacillen zeigt. Man wird sich vielmehr die Wirkungsweise derselben derart vorstellen müssen, dass sie für gewöhnlich eine proliferirende Entzündung hervorrufen, wie in rein lymphatischen Apparaten des Darmes, dass sie aber gelegentlich zu einer eiterigen



Entzündung führen. Welche Umstände hierfür massgebend sind, ob im Besonderen die Menge der angesiedelten Bacterien in Betracht kommt muss vorläufig dahingestellt bleiben. Mit dieser Anschauung *Quincke's* steht die angeschlossene Mittheilung von *Stühlen* in Einklang. Derselbe fand bei einem an Abdominaltyphus verstorbenen Manne, dessen Krankheit zwar etwas abnorm verlaufen war, aber eine unzweideutige Diagnose gestattete, eine starke eiterige Cerebrospinal- und Pachymeningitis. Aus dem Eiter der Meningen wurden ausschliesslich charakteristische Typhusbacillen gezüchtet.

968. ***Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen in der Gallenblase bei Typhus abdominalis.*** *Von H. Chiari. (Zeitschr. f. Heilkunde. 1894. XV, 2 u. 3, pag. 199. — Schmidt's Jahrb. Bd. 243, Heft 3.)*

Da mehrfache Angaben über den Befund schwerer Cholecystitis bei Abdominaltyphus vorliegen und das Vorkommen von Typhusbacillen in der Gallenblase von Typhusleichen bereits gelegentlich festgestellt wurde, so war eine systematische bacteriologische und anatomische Untersuchung der Gallenwege bei Typhus sehr erwünscht. Verf. hat 22 Typhusleichen eingehend untersucht. Zur bacteriologischen Diagnose der Typhusbacillen und zu ihrer Unterscheidung vom Bacterium coli commune wurden alle zur Verfügung stehenden differentialdiagnostischen Merkmale herangezogen. Fast regelmässig fanden sich Typhusbacillen in der Gallenblase; nur in 3 von den 22 Fällen fehlten sie. Die Typhusbacillen waren zumeist die einzigen Bacterien, die sich aus dem Inhalt der Gallenblase cultiviren liessen. In 4 von den 19 positiven Fällen wuchsen daneben andere Bacterien. Die Untersuchung des Gallenblaseninhaltes in Deckglaspräparaten liess erkennen, dass die Zahl der Typhusbacillen in der Galle oft eine sehr grosse war. In 13 von den 19 Fällen bestand anatomisch Entzündung der Gallenblase, die meist nur die Mucosa betraf (12mal) und nur 1mal die sämmtlichen Wandschichten mit daran sich anschliessender Peritonitis. Bacillen, die nach ihrem morphologischen und tinctoriellen Verhalten, in Berücksichtigung des Culturresultates, als Typhusbacillen angesprochen werden mussten, fanden sich in der Mucosa in 8 Fällen. Die Entzündung ist darum als wirkliche Cholecystitis typhosa anzusehen und in den Typhusbacillen ihre Ursache zu sehen. Auch in den 3 Fällen, in denen der bacterielle Befund negativ gewesen, zeigte sich die Gallenblasenschleimhaut anatomisch verändert. Die Annahme liegt nahe, dass auch hier vorübergehend einmal Typhusbacillen vorhanden gewesen waren und ihre schädigende Wirkung auf die Mucosa geäussert hatten. Die Thatsache, dass beim Typhus abdominalis das Hineingelangen von Typhusbacillen in die Gallenblase keineswegs zur Ausnahme, sondern zur Regel gehört, verdient hervorgehoben zu werden. Für das Hineingelangen der Bacillen in die Gallenblase stehen mehrere Wege offen. Das Aufsteigen von Bacterien in die Gallenblase vom Darm aus ist jedenfalls möglich, doch liegen triftige Gründe dafür vor, dass die Typhusbacillen durch die Blutbahn in die Gallenwege gebracht werden. Die Typhusbacillen sind meist die einzigen Bacterien in der Gallenblase, was bei Infection vom Darm aus schwer verständlich wäre. Uebertritt der Typhusbacillen in die



Blutbahn ist zudem, wie die Infection der Milz zeigt, die Regel. Die Injection von Typhusbacillen in die Ohrvene lässt bei Thieren dieselben in die Galle eintreten Vermehrung der Typhusbacillen in der Gallenblase kommt unzweifelhaft vor. Die klinische Bedeutung des Hineingelangens der Bacillen in die Gallenwege besteht in der Entzündung dieser, die gelegentlich tödtlich verlaufen oder doch zu Cholelithiasis den Anlass geben kann. Die Möglichkeit, dass von den Typhusbacillen in der Gallenblase eine Reinfection des Darms mit virulenten Bacterien und somit ein Typhusrecidiv ausgehen kann, ist ausserdem nicht von der Hand zu weisen.

969. ***Ueber die Veränderungen der Frauenmilch und des Colostrums bei Krankheiten der Wöchnerinnen.*** *Von Dr. **H. Ludwig.** (Arch. f. Gyn. Bd. XLVI, Heft 2. — Centralbl. f. ges. Therap. 1894. 10.)*

Die Untersuchungen beziehen sich auf Wöchnerinnen der *Chrobak*'schen Klinik in Wien in den ersten 2 Wochen post partum, bei derselben Kost. Bei nicht säugenden Frauen wurde zuerst die Brust mehrfach entleert, bevor die zur Untersuchung bestimmte Milchprobe entnommen wurde, immer wurde auf eine möglichst vollständige Entleerung der Brüste gedrungen. Zum Vergleiche wurde die Untersuchung der Milch von 4 ganz gesunden Wöchnerinnen vorausgeschickt. Die Analyse 2 tuberculoser Wöchnerinnen, von denen die eine hochgradig fieberte, ergab eine enorme Vermehrung des Fettes, vielleicht als Ausdruck der fettigen Degeneration der Drüsenzellen der Brüste. Die Milchanalyse von 5 Wöchnerinnen mit Albuminurie ergab verminderten Gehalt an Eiweiss, wahrscheinlich als Folge von Hydrämie *(Hammerschlag)*. Die Milch 3 schwer anämischer Wöchnerinnen nach starken Blutverlusten in partu zeigte eine Verminderung der festen Stoffe, Fett und Zucker oder Fett allein und eine kleine Vermehrung des Eiweisses. Bei einer Frau war die Milchsecretion gering und setzte erst am 4. Tage ein. Bei 4 fiebernden Wöchnerinnen ergab die Untersuchung der Milch dreimal eine erhebliche Verminderung des Fettgehaltes und im Allgemeinen eine starke Verminderung an festen Stoffen, aber keine beträchtliche Abnahme der Milchmenge trotz hohem Fieber. Die Milchanalyse einer Ikterischen ergab eine Verminderung des Fettgehaltes und zweier Luetischen eine Verminderung an Fett und Zucker und einen schwankenden Gehalt an Eiweiss.

970. ***Quantitative Bestimmung des Calciums, Magnesiums und der Phosphorsäure im Harn und Koth bei Osteomalacie.*** *Von Dr. **Neumann.** Aus der Klinik des Prof. Tauffer in Budapest. (Arch. f. Gyn. XLVII. Bd. H. 2.)*

Es wurden die im Titel genannten Stoffe in der Gesammtaufnahme und -Abgabe bei einer Frau mit puerperaler Osteomalacie, und zwar einmal während des floriden oder progressiven Stadiums der Krankheit, einmal im Stadium des Ablaufs derselben, bezw. der beginnenden Knochenregeneration. Für das erste Stadium ergab sich: die Secretion des Kalkes durch die Nieren differirt kaum von den normalen Verhältnissen; an Magnesium erleidet der Organismus einen kleinen Verlust; das normale Verhältniss von



Kalk zu Magnesia ändert sich zu Ungunsten der letzteren; die Abgabe von Phosphor ist bedeutend gesteigert. Für das Regenerationsstadium: die Retention von Kalk ist kleiner als im progressiven Stadium; Magnesium wird in kleinen, Phosphorsäure in verhältnissmässig grossen Mengen zurückgehalten. In Bezug auf die Therapie der Osteomalacie lehrt der Fall, dass allein schon durch Besserung der hygienischen und Ernährungsverhältnisse eine bedeutende Besserung zu erzielen, ferner dass die Phosphorbehandlung des Leidens eine völlig rationelle ist.

971. ***Ueber die Aufnahme der Nucleine in den thierischen Organismus.*** *Von Dr. **Gumlich**, Berlin. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. XVIII. S. 508. — Deutsche med. Ztg. 1894. 79.)*

An einem Hunde (von 25 Kgrm.) hat Verf. im *Kossel*'schen Laboratorium die Veränderungen des Stoffwechsels geprüft, die sich nach Fütterung von Nucleinsäure (22 Grm.) ergaben. Die Ausscheidung der Harnsäure liess, wie auch *Stadthagen* gefunden hat, keine Vermehrung erkennen, ebenso wenig die des Gesammtstickstoffes. Hingegen war eine allmälige relative Steigerung des Nucleins der Extractivstoffe in Folge der Nucleinsäuredarreichung zu bemerken und unzweifelhaft eine beträchtliche Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung. Der Ueberschuss von Phosphorsäure betrug nach der Nucleinsäurefütterung insgesammt etwa 2·5 Grm.; da in der verfütterten Nucleinsäure kaum 4 Grm. Phosphorsäure waren, so wurde demnach mehr als die Hälfte des Nucleinsäurephosphors im Harn wiedergefunden. Diese Thatsache, dass es möglich ist, dem thierischen Organismus durch Eingabe von Nucleinsäure oder von nucleinhaltigem Gewebe (Thymus) Phosphor in Nucleinverbindungen zuzuführen, dürfte auch ein praktisches Interesse beanspruchen.

972. ***Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit.*** *Von **Hermann Christ**, Basel. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. XXXV. Heft 1 u. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 80.)*

Dass Herzerkrankungen namentlich Hypertrophie und Dilatation als Folge von schwerer körperlicher Arbeit auftreten können, ist eine wohl jetzt allgemein anerkannte Thatsache. Ob solche Störungen sich dadurch ausbilden, dass sich zunächst nach einer Uebermüdung eine Dilatation einstellt, die immer zunehmend eine Herzinsufficienz hervorruft, oder ob hierzu noch das Hinzutreten einer interstitiellen Muskelerkrankung erforderlich sei, diese Fragen sind bis jetzt noch nicht entschieden. Jedenfalls besteht bei gewissen Personen eine Prädisposition für diese Herzerkrankung. Es wäre nun von grossem Werthe, wenn sich diese Prädisposition frühzeitig erkennen liesse, man könnte einen Einblick in die Widerstandsfähigkeit des Herzens gewinnen und auf diese Weise die Individuen vor schädlichen Einflüssen schützen. Um diesen Zweck zu erreichen, wurde von Dr. *Jaquet* ein Apparat („Ergostat“) angegeben, der es ermöglicht, dass ein Individuum auf ihm die Arbeitsleistung des Treppensteigens ausführt unter ununterbrochener Beaufsichtigung des Beobachters und ohne dass letzterer die Anstrengung selbst mitzumachen braucht. Es wurden nun an 29 Personen (19 gesunden, 9 Reconvalescenten) Versuche angestellt in der Weise, dass vor der Arbeit und unmittelbar



nach der Arbeit Pulscurven (Sphygmograph von *Jaquet)* aufgenommen wurden; diese Curven wurden mit einander verglichen in Bezug auf Frequenz und Rhythmus des Pulses; ferner konnte man auch aus der Gestalt der Curve Schlüsse ziehen auf Spannungsverhältnisse im Gefässgebiet und Schwankungen im Blutdruck. Parallel mit der Arbeitsleistung nimmt die Pulsfrequenz bis zu einer gewissen Höhe zu. Das Maximum wurde in 167 Schlägen erreicht bei einem Reconvalescenten von Typhus laevis nach mässiger Arbeit. Ueberhaupt ist die Reaction des Herzens eine ungemein bedeutendere bei Reconvalescenten als bei Gesunden. Die Erholung geht in den ersten Minuten nach der Arbeit sehr schnell vor sich, die Frequenz sinkt zuerst rapid. doch nähert sie sich dann nur langsam der vor der Arbeit. Auf die Zeichen der Ermüdung von Seiten des Herzens, Herzklopfen, Kurzathmigkeit und Arhythmie wurde genau geachtet; es zeigte sich, dass Individuen, die an nervösem Herzklopfen leiden, durchaus nicht früher Zeichen der Ermüdung nach körperlicher Anstrengung zeigen. In drei Fällen von Typhusreconvalescenz konnte nach der Arbeit eine deutliche Vergrösserung der absoluten Dämpfung des Herzens, namentlich nach rechts, nachgewiesen werden. Die Bedeutung dieser Untersuchungen findet Verf. darin, dass es nun möglich sei, junge Leute nach Erkennung einer geringen Widerstandsfähigkeit des Herzens vor gewissen Berufsarten zu warnen, ferner dass es möglich sei, nervöses Herzklopfen als solches zu erkennen, auch wird man nun gewisse Herzkranke vor unzweckmässigen Terraincuren, die für sie nur Schaden mit sich ziehen könnten, bewahren.

Literatur.

973. ***Lehrbuch des öffentlichen Gesundheitswesens.*** *Von Dr. **A. Wernich**, Regierungs- und Medicinalrath in Berlin und Dr. **R. Wehmer**, Regierungsrath und Medicinalrath in Coblenz. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1894. (Bibliothek des Arztes.)*

Die Verff. verdienen vollen Dank, dass sie es unternommen haben, im Angesicht des während der letzteren Jahre sowohl durch die bacteriologische als durch die chemische Forschung, aber auch durch die Fortschritte der Technologie so sehr angewachsenen hygienischen Materiales die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens in Form eines compendiösen Lehrbuches darzustellen. Das grosse Material, welches die hygienischen Institute von Tag zu Tag mit so vielem Fleisse produciren, wird für das öffentliche Gesundheitswesen erst dadurch verwerthet, indem die Mittel und Wege gefunden werden, die Ergebnisse dieser Arbeiten durch die sanitäre Verwaltung zum Schutze der Mitbürger auch praktisch in Anwendung zu bringen, und das Verdienst der Verff. besteht auch darin, uns zugleich zu belehren, wie weit die Errungenschaften der Hygiene auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens bisher zur Verwirklichung gelangten. Während die Bedeutung der öffentlichen Gesundheitspflege für die staatliche Verwaltung von ärztlicher Seite schon durch *Peter Frank* vollinhaltlich gewürdigt wurde, war es unter den Juristen

Lorenz v. Stein, der im 1. Heft seiner Verwaltungslehre das Gesundheitswesen mit staatsmännischem Blicke in seiner vollen Bedeutung darstellte. Nun scheint 30 Jahre nach dem Erscheinen der letzteren Schrift eine Strömung vorhanden zu sein, welche den Staat zur intensiveren Pflege dieses wichtigen Verwaltungszweiges anregt, und es ist die Aufgabe der Aerzte, insbesondere jener, denen die sanitäre Ueberwachung der einzelnen Verwaltungsgebiete anvertraut ist, den neuen und vermehrten Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege nach jeder Richtung hin zu entsprechen. Im Bezug auf diese Aufgabe des ärztlichen Standes entspricht das Erscheinen des vorliegenden Werkes einem seit Jahren gefühlten Bedürfnisse. Die beiden Verfasser, längst anerkannte Autoritäten auf dem Gebiete der öffentlichen Sanitätspflege, haben den grossen Stoff in übersichtlicher Weise gruppirt, so dass die Orientirung für denjenigen, welcher das Werk als Nachschlagebuch benützt, eine leichte ist. Durch die Mittheilung der Literatur in Form von Fussnoten ist dem Werke zugleich der Charakter eines Handbuches gewahrt. Die Eintheilung des Stoffes ergibt sich im Grossen aus den Ueberschriften der 4 Hauptabschnitte, in die derselbe gruppirt ist: 1. Die Hebung der allgemeinen Lebensbedingungen. 2. Die Verhütung und Abstellung von Nothlagen, welche die Folge besonderer Lebensbedingungen sind. 3. Die vermeidbaren, parasitär-infectiösen Krankheiten. 4. Massnahmen und Organisationen zu den Zwecken, den vermeidbaren Krankheiten entgegenzuwirken. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche.

Loebisch.

974. ***Pathologisch-anatomische Sectionstechnik.*** *Von Dr. **H. Chiari**, Professor der pathologischen Anatomie an der k. k. deutschen Universität in Prag. Mit 28 Holzschnitten. Berlin NW. 6. Fischer's medicinische Buchhandlung H. Kornfeld. 1894. 95 S. 8°.*

Wenn auch bereits Anleitungen zur Ausführung von pathologisch-anatomischen Sectionen vorhanden sind, so wird immerhin die vorliegende Sectionstechnik, welche der Verf. auf Grund der Principien seines Lehrers, des Altmeisters *Rokitansky*, ausgearbeitet hat, ihren Werth behaupten. Bedenken wir aber, dass die Fortschritte der pathologischen Anatomie und die so wichtige Entnahme von Impfmaterial für bacteriologische Zwecke während der pathologischen Section, die Technik dieser nicht unwesentlich beeinflussen, dann müssen wir es umsomehr als Verdienst anerkennen, dass der als Lehrer und Forscher gleich verdiente Verf. uns mit seiner Methode der Leichenuntersuchung bekannt gemacht hat. Einen besonderen Vorzug der Schrift bilden die sorgfältigen Illustrationen, welche namentlich die Schnittführungen am Gehirn, die Eröffnung des Brustkorbes, die Schnittführungen am Herzen, die Eröffnung des Magens und des Darmes in sehr anschaulicher Weise darstellen. Dem Schlusscapitel „Das pathologisch-anatomische Sectionsprotokoll" sind 18 Fälle als Beispiele beigegeben, welche die makroskopisch bei der Section erhobenen Thatsachen, sowie die etwa sofort während der Section constatirten mikroskopischen Befunde und die nach der Section dictirte pathologisch-anatomische Diagnose enthalten. Die Ausstattung ist eine solide und gefällige.

—*r.*

Sitzungsberichte.

975. ***Ueber den chirurgischen Theil der sogenannten combinirten Behandlung des Lupus.*** *Von Oberstabsarzt Prof. Dr. A. Koehler. Nach dem Vortrage in der Sitzung der Gesellschaft der Charité-Aerzte am 11. Januar. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 37.)*

Am Schlusse des im Januar 1891 eingelieferten Berichtes über die mit Tuberculininjectionen behandelten Kranken der *v. Bardeleben*'schen Klinik betonten wir die Wichtigkeit der Weiterbehandlung dieser Kranken im chirurgischen Sinne und der Combination jener Behandlung mit chirurgischen Eingriffen.

Am deutlichsten zeigt sich der Nutzen einer combinirten Behandlung beim Lupus; eine jetzt schon recht stattliche Reihe von Kranken des Instituts für Infectionskrankheiten (Geh. Rath *R. Koch*) ist Beweis dafür.

Wir können beim Lupus mit chirurgischen Eingriffen allein nur dann auskommen, wenn es möglich ist, die erkrankten Stellen vollständig fortzuschaffen; der grosse Vorzug jener Combination liegt aber darin, dass ein gewisser, oft recht bedeutender Theil der tuberculösen Neubildung durch die Injectionsbehandlung beseitigt, und dass dadurch die Thätigkeit des Chirurgen viel leichter und weniger eingreifend wird. Wie wichtig besonders das letztere in vielen Fällen durch die geringere Ausdehnung der bei der operativen Entfernung zu setzenden und dann auf irgend eine Weise zur Vernarbung zu bringenden Defecte sein kann, zeigen besonders die zahlreichen Kranken mit Lupus im Gesicht. Gerade für sie ist es von hohem Werthe, dass bei der combinirten Behandlung die durch die nothwendige Operation bedingten Entstellungen geringer sind. Wo es irgend geht, soll man den Lupus wie eine bösartige Neubildung im Gesunden exstirpiren; nur dann ist man vor Recidiven sicher. Aber das hat leider gerade im Gesicht seine Grenzen; es wird unmöglich, wenn die Erkrankung hier grössere Dimensionen angenommen hat — trotz aller Fortschritte, welche wir der Transplantation nach *Thiersch* verdanken. Am besten lässt sich hier die Exstirpation noch an den Grenzen, den Rändern ausführen, wo gewöhnlich einzelne Herde wie vorgeschobene Posten mitten in der gesunden Haut liegen.

Der Excision folgt womöglich die Naht, welche uns, da wir in diesen Fällen nicht mit Catgut, sondern mit Borstenseide (Setole) nähten, auch bei recht bedeutender Spannung nie versagt hat. Fast immer trat Heilung im ersten Verbande ein; trotzdem pflegt sich die Narbe später zu dehnen und wird oft Sitz keloidartiger Bildungen. Nur selten treten auch auf ihr wieder Knötchen auf; in der grossen Mehrzahl der Fälle ist die Narbe fest, die Heilung vollständig.

War der Defect so gross, dass er nicht mehr durch die Naht geschlossen werden konnte, dann kamen in erster Reihe die *Thiersch*'schen Transplantationen in Betracht. Wir konnten allerdings nicht immer streng nach den von *Thiersch* angegebenen Regeln verfahren. So wurde bei einem Mädchen ein thalergrosser Defect am rechten Vorderarm mit Hautstreifen belegt, ehe die bei der Excision lupöser Partien besonders hartnäckige Blutung vollständig aufgehört hatte. Die Anheilung erfolgte



glatt, die Narbe ist weich und hat sich so verkleinert, dass sie jetzt einen 1 Cm. breiten, 3 Cm. langen Streifen darstellt.

Für diese radicale Entfernung der lupösen Partien war es gleichgiltig, um welche Form des Lupus es sich handelte; geschwürig zerfallene Stellen lassen sich ebenso gut excidiren, wie Knötchen und exfoliirende oder wuchernde Theile. Bei den abschuppenden Formen ist es mehrere Male gelungen, durch oberflächliche Verbrennung, bei welcher das weissglühende Eisen ganz langsam dicht über den erkrankten Partien hingeführt wurde, eine bedeutende Besserung zu erzielen. Das sind Fälle, bei denen man auch durch ein Brennglas recht gute Erfolge haben kann. In den häufigsten Fällen von Lupus im Gesicht mussten wir uns darauf beschränken, die einzelnen Knötchen und Geschwüre gründlich auszurotten, entweder auch mit dem spitzen Glüheisen, oder mit dem messerförmigen Galvanokauter oder einem kleinen scharfen Löffel. Bei Benutzung des letzteren wurde nachher die Stelle noch gründlich mit einem spitzen Lapisstift ausgeätzt. In derselben Weise wurden kleinere Knötchen durch Stichelung und Aetzung mit Argent. nitr. oder Chlorzink beseitigt. Weit hervorragende wuchernde Granulationen wurden mit dem Rasirmesser im Niveau der Umgebung glatt abgeschnitten und der Grund ebenfalls gebrannt; so bei einem Manne, der unter Anderem ein fast thalergrosses, $^1/_2$ Cm. über die Umgebung hervorragendes Geschwür am linken Unterkieferrande hatte. Der Fall ist auch insofern von Interesse, als bei ihm in der die ganze linke Gesichtshälfte einnehmenden Narbe ohne jede Ursache, offenbar unter mechanischen Einflüssen, zuweilen Risse und Geschwüre eintraten, welche unter Calomelsalbenbehandlung gewöhnlich bald wieder heilten, also offenbar nicht mehr tuberculöser Natur waren.

In schweren Fällen ist es natürlich mit 1 oder 2 Operationen nicht abgethan, man muss die Kranken sorgfältig beobachten und energisch eingreifen, sobald sich irgendwo wieder ein neuer Herd zeigt. Massgebend für den Erfolg erscheinen mir noch einige allgemeine Vorschriften. Die erkrankten Stellen müssen möglichst geschmeidig und weich erhalten werden, stärkere Secretion muss womöglich unterdrückt, jede Eiterverhaltung unter Schorfen, Krusten und Schuppen vermieden werden. Um die Haut weich und geschmeidig zu machen, habe ich sie mit einer Paste aus Calomel und Wasser, häufiger noch mit einem Gemisch von Calomel und Borvaseline zu gleichen Theilen, oder auch mit einer Bismuthpaste bedeckt. Ob man excidirt oder cauterisirt, auf jeden Fall muss eine ausreichende antiseptische Säuberung der betreffenden Stelle und ihrer Umgebung stattfinden.

Bei jedem Verbandwechsel werden die Reste der Paste mit Aether fortgerieben, alle Krusten und Schuppen möglichst vollständig entfernt und dann frische Salbe oder Paste aufgelegt. Mit derselben Paste wurden auch nach den Operationen zuweilen die gebrannten geätzten Partien bedeckt. Bei stärkerer Secretion kamen Pulververbände mit Calomel oder Jodoform, eventuell in Verbindung mit leicht comprimirender und aufsaugender Moospappe zur Anwendung. Bei sehr starker Schorf- und Schuppenbildung muss erst eine Zeit lang durch feuchtwarme Verbände mit *Burow*'scher oder Borsalicyllösung oder Aehnlichem für Aufweichen gesorgt werden. Die Schorfe werden dann entfernt und die darunter liegenden Geschwüre nach den oben genannten Regeln, am häufigsten wohl operativ behandelt. Sobald die Krustenbildung nachlässt, kann man



wieder zu Salben und Pulververbänden zurückgehen. Diese mühsame, zeitraubende und oft recht schmerzhafte Säuberung der erkrankten Partien von Allem, was auch die geringste Retention bedingen oder sich zersetzen könnte, halten wir für einen Hauptbestandtheil der mechanischen Behandlung des Lupus, wenn es nicht möglich ist, ihn radical durch Excision im Gesunden zu beseitigen.

Bekanntlich hat *Lauenstein* vor Kurzem darauf aufmerksam gemacht, dass man die räthselhaften Erfolge der einfachen Laparotomie bei tuberculöser Peritonitis vielleicht dem Einfluss des Lichtes auf die Bacillen zuzuschreiben habe. Für den Lupus hat diese Anschauung zwei ganz verschiedene Seiten. Wenn dieser Einfluss kräftig wäre, dann ist es nicht zu verstehen, dass gerade das Gesicht der Lieblingssitz dieser örtlichen Tuberculose ist. Auf der anderen Seite muss man aber zugeben, dass fast alle an Lupus leidenden Kranken sich örtlich und allgemein in den warmen, sonnigen Tagen am wohlsten fühlen, und dass ein Fortschreiten des Processes eigentlich nur in den trüben und rauhen Tagen des Herbstes und des beginnenden Frühlings stattfindet.

Unter den der combinirten Behandlung unterzogenen Kranken sind mehrere, welche jetzt, nachdem sie $^1/_2$ Jahr und länger entlassen sind, vielleicht nicht mehr ganz als frei bezeichnet werden können. Hier und da ist am Rande wieder ein Knötchen aufgetreten, hier und da zeigen sich wieder kleine Schrunden, Risse und Geschwüre. Das sind aber ganz geringe Rückfälle, welche auch nur geringe Eingriffe erfordern.

Das oben erwähnte Mädchen mit der Narbe am rechten Vorderarm hatte auch einen schweren Lupus im Gesicht. Man hatte ihr vor zwei Jahren eine künstliche Nase aus der Stirn gemacht. Diese war vor einem Jahre, als wir die Kranke übernahmen, unförmlich angeschwollen, beide Nasenlöcher waren geschlossen, die Nase selbst blauroth und mit Knötchen, Krusten und Geschwüren bedeckt — also offenbar im Begriff, zu zerfallen. Das Resultat der Rhinoplastik wäre damit wieder vollständig vernichtet worden. Die Nase ist nicht nur erhalten, sondern sie sieht jetzt recht gut aus und hat zwei gut durchgängige Löcher. Bei aufmerksamer Betrachtung erkennt man allerdings an 3 oder 4 Stellen wieder ein kleines Knötchen mit gerötheter Umgebung — das ist aber auch Alles. Das Mädchen wird ab und zu kommen, damit ihr die paar Knötchen wieder entfernt werden. Selbstverständlich schreiben wir auch dieser combinirten Behandlung nicht die Macht zu, jeden Lupus definitiv heilen zu können; wir erblicken aber in ihr ein Mittel, den Lupus in vielen Fällen unter geringerer Entstellung und dennoch gründlicher, als es bei einer anderen Behandlung möglich war, angreifen zu können.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Ahrens, Dr. Felix B., Privatdocent d. Chemie an der Universität zu Breslau. Organische Chemie für Aerzte in 12 Vorlesungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Krafft-Ebing, Dr. R. v., o. ö. Professor f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der k. k. Universität Wien, Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie. Neunte, verbesserte und theilweise vermehrte Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Rütimeyer, Dr. L., Privatdocent für innere Medicin an der Universität Basel. Ueber Bilharziakrankheit. Mit 4 Abbildungen im Text und 4 Tafeln in Lichtdruck. Basel und Leipzig 1894, Carl Sallmann.

Saalfeld, Dr. Edmund. Wann dürfen Gonorrhoische heiraten? Berlin, Fischer's med. Buchhandlung, 1894.

Schrauf, Dr. Karl, Acta facultatis medicae universitatis vindobonensis. I. 1399—1435. Auf Veranlassung des medicinischen Doctorencollegiums aus der Originalhandschrift. Herausgegeben von —. Festgabe des Wiener medicinischen Doctorencollegiums zur LXVI. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Wien 1894. Verlag des medicinischen Doctorencollegiums.

Seydel, Dr. K. J., a. o. Professor an der Universität und gerichtlicher Physicus in Königsberg in Preussen. Leitfaden der gerichtlichen Medicin für Studirende und Aerzte. Berlin 1895, Verlag von S. Karger.

Speyr, Dr. Theodor von, Die Genuinität in ihren erblichen Beziehungen. Mit 11 Diagrammen und Lithographien. Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz. Basel und Leipzig 1894, Carl Sallmann.

Wernich, Dr. A., Regierungs- und Medicinalrath in Berlin, und *Wehmer, Dr. R.,* Regierungs- und Medicinalrath in Coblenz. Lehrbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Mit diesem Hefte versenden wir einen Prospect über die ***„Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Dritte Auflage. Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg in Berlin“.*** *Wir empfehlen die Beilage der geneigten Beachtung unserer Leser.*

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

976. *Studie über die Hämorrhoiden.*

Von ***E. Quénu,*** *Paris.*

Fortsetzung und Schluss. (Vide Heft 8 des v. J. und Heft 2 d. J.)

1. Thrombose und Phlebitis der Hämorrhoiden. Nach der Besprechung der nicht entzündlichen Vorgänge im Rectum und Anus von Hämorrhoidariern bleiben jetzt noch die anatomischen Veränderungen während des Verlaufes oder in der Folge von Complicationen der Hämorrhoiden zur Untersuchung übrig.

Als Complicationen der Hämorrhoiden sind zu betrachten: der Vorfall, die Unmöglichkeit, ihn zu reponiren, die Einklemmung, die Verschwärung und endlich die Gangrän.

Der Vorfall ist nur deshalb erwähnenswerth, weil er congestive Zustände herbeiführt, welche die Kliniker als hämorrhoidale Fluxionen oder Krisen bezeichnen. Derartige hämorrhoidale Fluxionen können durch verschiedene mechanische Insulte, dann durch Circulationshindernisse etc. hervorgerufen werden. Die meisten dieser congestiven Erscheinungen, wie sie bei Hämorrhoidariern, vorkommen und als allgemeines Unwohlsein, Druck und Schwere im Kopfe, Gefühl eines harten, schmerzhaften und heissen Tumors am Anus beschrieben werden, sind aber Entzündungserscheinungen, und ohne die Möglichkeit einer wahren Fluxion leugnen zu wollen, ist Verf. der Ueberzeugung, dass eine grosse Anzahl derselben unter die einfachen entzündlichen Erscheinungen einzureihen ist.

Wir wissen ja heutzutage Alle, dass jene Erscheinungen, welche man unter Entzündung zusammenfasst, nur Reactionserscheinungen der Gewebe in Folge Einwirkung eines äusseren Agens, meistentheils den Mikroben angehörig, sind.

In einer hier eingeschalteten Krankengeschichte zeigt der Verf., dass trotzdem die turgescenten und ausserhalb des Afters gelagerten Hämorrhoidalknoten keine sichtbaren Merkmale einer Blutcoagulation aufwiesen, die Operation doch ergab, dass die Masse in der Tiefe Coagula einschloss, welche bei der bacteriologischen Untersuchung sich als infectiöse Thromben erwiesen, indem sie die äusserst virulent wirkenden Bacteria coli enthielten.

(Die Wirkung des Bacterium coli erhellt aus Thierversuchen, welche ergaben, dass dasselbe in schwacher Dosis Mäusen unter die Haut injicirt, ebenso wie bei Hasen, denen man es in die Ohrvene injicirte, die Thiere rasch tödtet.)

Es ist gewiss, dass ausser localen Ursachen auch die Infection in der Pathologie der Varicen eine grosse Rolle spielt. Hierher gehören die varicösen Phlebitiden im Gefolge der Puerperalinfection, dann in Folge gastrischer Zustände, der acuten Bronchitis, der Pneumonie, der Grippe, des Typhus etc.

Die Symptome sind: Turgescenz des Hämorrhoidenpacketes oder der einzelnen Hämorrhoide, vermehrte Resistenz, grosse Schmerzhaftigkeit bei der mindesten Berührung. Es stellt sich Fieber und eine gastrointestinale Reizung ein. Schneidet man einen so beschaffenen Hämorrhoidalknoten ein, so findet man den venösen Sack erfüllt von Blutgerinnseln, in denen *Hartmann* und *Lieffring* das Bacterium coli nachwiesen. Es kommen jedoch besonders bei den externen Hämorrhoiden auch indolente Thrombosen vor.

Die Fluxion, die Thrombose und die Phlebitis sind nur verschiedene Formen der venösen Infection und wahrscheinlich abhängig von der Ausdehnung der Infection, der Art und der Virulenz der Mikroben.

2. Irreductible Hämorrhoiden. Die angeschwollenen und entzündeten Hämorrhoiden können ausserhalb und durch den Sphincter hindurch eine Hernie bilden. Dieselben sind in der Regel sehr schmerzhaft und erzeugen reflectorisch Contractionen des Sphinctermuskels, wodurch die Hämorrhoiden noch mehr zusammengeschnürt und angeschwollener werden. So wird dann der Knoten nicht mehr reponirbar und thrombosirt.

3. Vereiternde Hämorrhoiden. Eiterung wird bei den Hämorrhoiden nicht so selten wie die Gangrän beobachtet, denn während letztere nur in Folge einer Einklemmung vorgefallener Knoten auftritt, beobachtet man erstere sowohl in Folge einer acuten Phlebitis wie als Endausgang einer Thrombosirung der Hämorrhoidalknoten. Die so entstandenen phlebitischen Abscesse führen zu Fistelbildungen.

4. Ulcerirende Hämorrhoiden. (Varicöse Geschwüre des Rectum und Anus.)

Alle die hier vorkommenden Varietäten, welche auch bereits im ersten Theile dieses Referates (vide Heft 8 d. v. J.) beschrieben wurden, lassen sich anatomisch nur in 2 Abtheilungen unterbringen, nämlich:

1. In die superficielle Erosion der Mucosa.
2. In das varicöse Geschwür.

Erstere ist dadurch auffällig, dass sie trotz ihrer anscheinenden Geringfügigkeit massenhafte Hämorrhagien herbeizuführen pflegt. was seinen Grund darin hat, dass die Mucosa an diesen Stellen bereits in ein cavernöses Gewebe transformirt ist.

Die Ulcerationen haben alle das Gemeinsame, dass die Mucosa dortselbst in ein cavernöses Gewebe umgewandelt ist. Das Geschwür zeigt einen indolenten und nicht granulirenden Grund. Sowohl an den Rändern und im Grunde des Geschwüres befinden sich blutige Infiltrate und Venenthrombosen. Erwähnenswerth ist hierbei noch eine geringe Alteration der Arterien und eine sehr interessante Affection der Nerven.

Verf. fand nämlich in der nächsten Umgebung dieser varicösen Geschwüre in den Zwischenräumen der Muskelbündel die



Nervenstämmchen an Perineuritis erkrankt, wovon er die grosse Schmerzhaftigkeit dieser Ulcerationen herleitet. Zugleich nimmt er für sich das Verdienst in Anspruch, diese wirklichen Nervenerkrankungen zuerst nachgewiesen zu haben.

In einer im Originale mitgetheilten Krankengeschichte, wo er durch Excision der fissurirten Partie Heilung der nach jedem Stuhlgange auftretenden heftigen Schmerzen erzielte, will Verf. den Nachweis liefern, dass die sogenannten essentiellen Neuralgien des Anus nur an den Bestand einer Fissur, mitunter auch einer bereits vernarbten, geknüpfte Neuritiden sind.

Die Pathogenese der Geschwüre des Rectum und Anus der Hämorrhoidarier leitet sich von der constanten Antheilnahme der Schleimhaut an den krankhaften Veränderungen der Hämorrhoiden her, indem jene fast stets mehr minder entzündet oder sagen wir inficirt ist; das geringste Trauma, die mindeste Excoriation gibt Anlass zu einer neuen Infection, welche eine Thrombose hervorruft; irgend eine Anstrengung führt eine Gefässruptur herbei und vollendet die Zerstörung.

Der Lieblingssitz dieser Geschwüre ist die Vereinigung der rectalen mit der analen Schleimhaut. Die Hartnäckigkeit derselben erklärt sich aus der mangelhaften venösen Blutcirculation und aus der leichten Infectionsfähigkeit der varicösen Venen im steten Contacte mit septischen Stoffen. Hierzu kommt noch häufig der schlechte Ernährungszustand besonders der alten Patienten. Der Verf. möchte dieser Studie über die Complicationen der Hämorrhoiden gerne noch eine Besprechung der chronischen Mastdarmentzündungen anfügen, welche vielleicht mitunter Ursache der Mastdarmstricturen sind, allein er hält dermalen seine hierfür gesammelten Beweismittel noch für unzureichend. Dr. *Baaz.*

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

977. ***Ein seltener Fall von Hysteria virilis.*** *Von Regimentsarzt Dr.* ***Robitschek,*** *Innsbruck. (Wiener med. Presse. 1894. 34. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 77.)*

Während einer militärischen Uebung stürzte plötzlich ein Soldat zusammen. Sein Leiden begann, wie er später angab, plötzlich mit dem Gefühle allgemeiner Abspannung und Kopfschmerzen. Am zweiten Tage stellte sich Fieber und Hämoptoe ein und Pat. klagte über grosse Schmerzen in der Milzgegend, die so empfindlich war, dass schon durch leichten Druck auf dieselbe Schüttelkrämpfe ausgelöst werden konnten. Die physikalische Untersuchung der Brust ergab keinerlei Anhaltspunkte zur Stellung einer Diagnose. Lungen, Herz vollkommen normal, Milz unbedeutend vergrössert. Es bestand Poikilocytose. Auf der linken Körperseite vollkommene Anästhesie, auf der rechten Sensibilität herabgesetzt. Der immer blutige Auswurf ergab in Bezug auf Tuberkelbacillen ein negatives Resultat. Das Sputum erschien zumeist gleichmässig röthlich, flüssig und enthielt viele graue krümelige Bestandtheile und einzelne Eiterstreifen. Die Quantität



zwischen 100—200 Ccm. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man: rothe Blutkörperchen und zahlreiche Pflasterepithelien; weisse Blutkörperchen und viele Bacterien, zumeist Diplococcen, gleichzeitig aber ganz eigenthümliche, spirillenartige Gebilde, die zumeist in den grauen Krümeln vorkamen, und zwar eigenthümlicherweise in der „fieberfreien“ Zeit in grösserer Menge auftraten. Im Harne fehlt Eiweiss, wohl aber sind Albumosen zu constatiren. Auf Grund dieser Symptome, namentlich aber auf Grund des Sputumbefundes, wurde die Diagnose „Hysterie“ gestellt und eine eingreifende Kaltwasserbehandlung, sowie elektrotherapeutische Behandlung eingeleitet. Dabei wurde der Mann gut genährt und innerlich Eisen und die *Erlenmeyer*'sche Mischung von Polibromat verabreicht. Das Resultat war ein überraschendes; zuerst hörte das Fieber auf, dann schwanden die Schmerzen in der Milzgegend; das wochenlang bestehende blutige Sputum kam nach 8 Tagen nicht mehr zum Vorschein — die Anästhesie machte allerorts normalem Empfindungsvermögen Platz; eine anfangs nachweisbare Sehfeldeinschränkung war nicht mehr zu constatiren, und binnen 3 Wochen wurde der Mann dem Dienst und sich selbst wiedergewonnen, nachdem er früher durch Monate fruchtlos behandelt worden war. Das Eigenthümliche in diesem Fall ist der Umstand, dass, bevor das blutige Sputum verschwand, mit dem Auftreten der ersten Zeichen der Besserung die spirillenartigen Gebilde im Sputum und die Albumosen aus dem Harne zu verschwinden begannen und mit dem Momente, wo das Empfindungsvermögen ad normam zurückkehrte, auch das Sputum wieder unblutig ward, die rothen Blutkörperchen eine schöne geldrollenförmige Anordnung zeigten und die eosinophilen Zellen an Zahl weit geringer auftraten. Die spirillenartigen Gebilde können aus dem Grunde nicht für einen zufälligen Befund angesehen werden, weil sie constant im blutigen Auswurf zu finden waren. Die Temperatur, die mit dem Schwinden dieser abnormen Erscheinungen auf 37—37·5° C. zurückkehrte, war ad maximum auf 38·5—38·8° gestiegen (Febris hysterica).

978. ***Ueber latente Tuberculose.*** *Von Dr. **Bertoly.** (Vereinsbl. d. pfälz. Aerzte. 1894. März und April. — Schmidt's Jahrb. 1894. 7.)*

Verf. erörtert in einem Vortrage, wie unendlich häufig zweifellos Tuberkelbacillen in einen Körper kommen, ohne dass eine Tuberculose entsteht, und erörtert dann eingehend die häufige und wichtige latente Tuberculose, d. h. das Vorhandensein lebender Bacillen an irgend einer Stelle des Körpers ohne fortschreitende Tuberculose, ohne erkennbare Aeusserungen. Die latente Tuberculose kann so entstehen, dass in den Körper eingedrungene Bacillen in der Haut, in Drüsen u. s. w. sofort derart abgeschlossen, kaltgestellt werden, dass sie zunächst kein weiteres Unheil anrichten können, sie kann Ueberbleibsel einer „geheilten“ Tuberculose sein und sie kann ererbt mit auf die Welt gebracht werden. Wie lange sie besteht, bis die Bacillen entweder absterben oder durch irgend einen Umstand (andere Erkrankung, Trauma, Tuberculincur u. s. w.) mobil werden, worauf sofort die Latenz aufhört, das sind Fragen, die sich zur Zeit ebenso wenig sicher beantworten lassen wie die Frage nach der Häufigkeit der latenten Tuberculose. Dass die

Häufigkeit eine sehr grosse ist, darüber kann kein Zweifel bestehen. *Bollinger* fand in München unter 100 secirten Kindern bei 30 offenbare, bei 12 latente Tuberculose, *Müller* schätzt die letztere auf 11·8%, *Wick* nach 270 Sectionen von Individuen zwischen 20 und 25 Jahren auf 12%, *Babes* gar auf 70%.

979. ***Zur Aetiologie der Kehlkopfcarcinome.*** *Von* ***E. Baumgarten.*** *(Pester med.-chir. Presse. 1894. 24. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 42.)*

Es werden 2 Fälle von Kehlkopfcarcinomen angeführt, die Patienten betreffen, welche ihre Stimmen wenig schonten. — In dem ersteren Falle handelt es sich um einen 62jährigen, kleinen, fetten, jedoch stets gesunden Herrn, der Mitglied vieler Vereine ist und grosse Reden hält, dabei sehr laut zu schreien pflegt. Im October 1887 erkrankte derselbe zum 1. Male an einem leichten Kehlkopfcatarrh, im Juni 1888 trat derselbe bereits in langwieriger Form auf, im Jänner 1889 zeigte sich unterhalb der vorderen Commissur die Schleimhaut in Form eines linsengrossen Höckers vorgewölbt, dazu Parese des rechten Stimmbandes. Der Höcker wurde allmälig eine grauweisse sprossende Geschwulst, die trotz wiederholter Versuche nicht vollständig exstirpirt werden konnte. Bei weiterer Zunahme der Neubildung wurde im Jänner 1890 die Tracheotomie nöthig, worauf Patient noch zeitweise seine Beschäftigung verrichten konnte. Erst am 24. August 1891 trat der Tod ein. Im 2. Falle war es ein 76jähriger Oekonom, ein rüstiger, alter Herr, der immer laut sprach und sehr viel geschrieen hat. Bereits seit 1885 war er wiederholt wegen chronischen Kehlkopfcatarrhs meist mit gutem Erfolge behandelt worden. Seit 1887 wurde der Catarrh hartnäckiger, das linke Stimmband blieb injicirt, konnte sich nicht spannen, und sah man erst 1891 einzelne papillare Erhebungen in der Nähe des Proc. vocalis, die mit injicirter Schleimhaut bedeckt waren. Im October 1892 war das gesammte linke Stimmband eine weiche, mit zahlreichen, kleinen und grossen Papillen bedeckte Masse, die mit einem geschorenen Rasen Aehnlichkeit hat. Wegen des bereits hohen Alters des Patienten war an eine Operation nicht zu denken. In beiden Fällen entwickelte sich langsam auf dem Boden chronischer Entzündung, die ihrerseits wieder durch auffallend starke Inanspruchnahme des Organs bedingt war, eine maligne Neubildung.

980. ***Ueber Psychosen nach Influenza.*** *Von Dr.* ***Julius Althaus.*** *(Arch. f. Psychiatr. Bd. XXV. Heft 1. — Deutsche med. Ztg. 1894. 64.)*

Psychosen nach Influenza sind häufiger als solche nach anderen acuten Krankheiten. Das „Grippotoxin" übt einen nachtheiligeren Einfluss auf die Gehirnsubstanz aus, als andere Gifte acuter Krankheiten. Nur der Abdominaltyphus kann sich nach dieser Richtung hin mit der Grippe messen. Was das Geschlecht betrifft, so wird auch bei Influenza das männliche mehr von postfebrilen geistigen Störungen betroffen, als das weibliche. Bezüglich des Alters sind Personen zwischen 21 und 30 Jahren am meisten gefährdet. Verf. nimmt ausser dem Fieber eine besondere Idiosynkrasie in Bezug auf die hirnschädige Wirkung des Grippotoxins an. Letzteres ist überhaupt in erster Linie die Ursache der Psy-



chosen. Hinsichtlich der Dauer schliessen sich die Psychosen nach Influenza denen nach Typhus an, die meisten bestehen über einen Monat. Mehr als 50% kommen zur Heilung. Die Frage, ob eine Beziehung zwischen der Schwere der fieberhaften Erkrankung und dem darauf folgenden Auftreten der Psychosen besteht, beantwortet Verf. dahin, dass letztere besonders gern nach verhältnissmässig leichten Grippeanfällen erscheinen. Von Wichtigkeit ist die Beobachtung der Zeit, die zwischen der fieberhaften Erkrankung und dem Ausbruch der Psychose liegt. In Bezug hierauf stellte Verf. Folgendes fest: 1. Die Psychosen, welche die Form maniakalischer Aufregung annehmen, folgen schnell auf den Anfall, gewöhnlich unmittelbar nach der Krise. 2. Störungen depressiven Charakters treten ein paar Tage bis Wochen später auf. 3. Allgemeine Paralyse kann sich noch viel später, bis 6 Monate nach dem Anfalle, einstellen. Eine specifische Psychose der Influenza gibt es nicht. Die häufigste Form ist eine acute hypochondrische Melancholie; demnächst kommen Psychosen mit dem Charakter der Aufregung (Inanitionsdelirium). Eine dritte Gruppe umfasst die von *Kirn* sogenannten Pseudo-Influenzapsychosen, d. h. solche Fälle, die stark disponirte Individuen befallen, bei denen die Grippe eben nur als eines der auslösenden Momente wirkt. Hier können naturgemäss die verschiedensten Krankheitsbilder auftreten. Die letzte Classe der postgrippalen Psychosen bilden die Paralysen. Von diesen sind bisher acht Fälle bekannt gegeben, während nur ein einziger, noch dazu zweifelhafter Fall nach Typhus mitgetheilt worden ist. Die Prognose der Psychosen nach Influenza ist ziemlich gut. Die günstigsten Aussichten gewährt die erste der oben genannten Formen, geringere das Inanitionsdelirium, da hier leicht einmal tödtlicher Collaps eintreten kann. Bei der dritten Classe hängt die Prognose mehr von der individuellen neurotischen Anlage ab. Die vierte gibt selbstverständlich die schlechteste Prognose. Die beste Regel für die Therapie ist, soviel als möglich zu individualisiren und mehr den Patienten als die Krankheit zu behandeln. Eine nahrhafte und leicht verdauliche Diät in allen Fällen ist höchst wichtig. Eine mässige Quantität von Alkohol, Champagner etc. ist in den Fällen nützlich, wo man Verlust des Appetits und psychische Erschöpfung zusammen mit der geistigen Verwirrung findet, und zwar besonders bei den Inanitionsdelirien. Bei der Paralyse ist dagegen Alkohol schädlich. Die Schlaflosigkeit ist mittelst längerer warmer Bäder und, wenn erforderlich, mit Paraldehyd. Sulfonal, Tetronal und Amylhydrat zu bekämpfen. Gegen die Anorexie wirken Tonica, gegen die allgemeine Schwäche Arsenik mit Strychnin; bei Herzschwäche und schnellem kleinen Pulse Digitalis oder Strophantus; sonst zur Aufbesserung des Nerventonus Anwendung des constanten Stromes auf Frontallappen und verlängertes Mark $^1/_2$—2 Milli-Ampères, 5—10 Minuten, täglich oder alle zwei Tage. Im Inanitionsdelirium, bei acuter Verwirrtheit und Sinnestäuschungen, sowie maniakalischer Aufregung wendet Verf. subcutan Morphium und Atropin in Verbindung mit alkoholischen Reizmitteln an, bei drohendem Collaps Aether oder Camphoreinspritzung, zuweilen auch Strychnin. Nach dem Schwinden der acuten Symptome Bromammonium mit Strychnin.



Die allgemeine Paralyse sucht Verf. mit Mercur und grossen Dosen Jodkali (mit 4·0 pro die anfangend) unter Vermeidung von alkoholischen Reizmitteln zu bekämpfen.

Neuere Arzneimittel.

981. ***Lignosulphine.*** *Von Dr. **Franz Hartmann**, Hallein. (Med.-chir. Centralbl. 1894. 24.)*

In neuester Zeit werden in einer Stadt Süddeutschlands Inhalationen verordnet, deren Zusammensetzungen ein Geheimniss bilden, und welche sich gegen Tuberculose günstig bewährt haben sollen. Es ist traurig, dass solche materielle Gebahrungen Unterstützung finden. Vielleicht handelt es sich dabei um die bei dem Sulfitprocess *Kettner's* gebrauchte Kochflüssigkeit. Sei dem wie ihm wolle, jedenfalls verdient diese die Aufmerksamkeit der Aerzte. Bekanntlich besteht der Sulfitprocess darin, dass Nadelholz in schwefligem Säurehydrat gekocht wird, bis die reine Holzfaser, aus welcher dann Papier gemacht wird, zurückbleibt. — In Fällen von Tuberculose sollen bei täglichem Aufenthalte in den Kochräumen der Halleiner Cellulosefabrik, deren Luft mit Sulfitstoffdämpfen durchdrungen war, ausgezeichnete Erfolge erzielt worden sein. Der Verf. berichtet über eine Anzahl von ihm beobachteter, vor den Inhalationen mit Tuberkelbacillen behafteter, nach den Inhalationen aber bacillenfrei gewordener Patienten, darunter seine eigene Gattin. Berichte aus Stockholm, Reinerz, Reichenhall lauten so ausnehmend günstig, dass es sich verlohnt, die Inhalationen wenigstens im kleineren Massstabe in der Wohnung des Patienten vorzunehmen, um über den wahren Sachverhalt Aufklärung zu gewinnen. *Hausmann*, Meran.

982. ***Ueber den Gebrauch des Pentals in der Chirurgie.*** *Von **P. Th. Fedorow**. (Wratsch. 1893/94, pag. 61. — Schmidt's Jahrb. 1894. 6.)*

Das Amylen, neuerdings Pental genannt, ist kein neues Anästheticum. Es wurde von *Cahours* entdeckt und von *Vallard* im Jahre 1844 beschrieben. Im Jahre 1856 hat *Snow* seine anästhetische Wirkung bei Zahnextractionen verwerthet. Im Jahre 1857 hat *Billroth* eine Fussamputation bei Pentalnarcose ausgeführt. Verf. hat 117 Patienten mit Pental narcotisirt. Die geringste Menge, die er verwandte, betrug 2·0 Grm., die grösste 8·0 Grm., die gewöhnliche 4·0—6·0 Grm. Die Narcose dauerte je nach der Menge des verbrauchten Pentals $^1/_2$—15 Minuten. Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der früher beschriebenen stellt Verf. folgende Sätze auf: 1. Pental ist ein gutes Anästheticum, besonders für Operationen, die 2—4 Minuten dauern. 2. Da Pental schnell und stark wirkt und das Herz am meisten afficirt wird, so ist die sitzende Lage bei Pentalnarcose sehr gefährlich und Pental darf deswegen bei Zahnextractionen nicht gebraucht werden. 3. Die gefährlichste Zeit bei Pentalnarcose ist die erste Minute; darum muss in dieser Zeit die höchste Vorsicht obwalten. 4. Die Narcose muss bis zur vollständigen Abwesenheit der Besinnung und des



Gefühles geleitet werden, weil im anderen Falle gefährliche deprimirende Reflexe von der Operationsstelle aus einwirken können.

983. ***Beitrag zum Bromäthyl in seinen Nachwirkungen.*** *Von P. Ritter. (Deutsche Med.-Ztg. 1894. 78. — Allgem. med. Central-Ztg. 1894. 84.)*

Der Verf. prüfte nach mehrjährigem Gebrauch des Bromäthyls die Nachwirkungen dieses Anästheticums auf den Organismus im Vergleich zu denen des Chloroforms bei zahnärztlichen Operationen, indem er mehrere Patienten männlichen und weiblichen Geschlechtes in kurzen Zwischenräumen mit beiden Anästheticis narcotisirte. Eine 24jährige anämische Dame, „die übrigens von jeher an Ohnmachten litt“, wird nach der Operation in Chloroformnarcose (25 Grm.) wiederholt ohnmächtig und kann sich erst nach einer halben Stunde erholen; noch 2 Tage darnach zeigte sie Erscheinungen grosser, allgemeiner Schwäche; nach einer Bromäthylnarcose (15 Grm.) war sie sofort ganz munter und blieb es ohne Uebelkeit und ohne Kopfschmerz. — Eine 27jährige Frau war nach einer Chloroformnarcose (circa 20 Grm.) noch tagelang sehr geschwächt und arbeitsunfähig, eine Narcose mit 15 Grm. Bromäthyl hatte absolut keine Beschwerden für sie im Gefolge. — Ein 35jähriger Mann, Potator, mit Verdacht auf Fettherz, war nach einer Chloroformnarcose mit sehr starkem Excitationsstadium (40 Grm.) sehr geschwächt und hatte sich auch in den nächsten Tagen noch nicht recht erholt. Eine Bromäthylnarcose (15 Grm.) bei demselben Patienten verlief ohne jede Nachwirkungen. Verf. gelangte zur Ueberzeugung, „dass das Bromäthyl trotz seiner oft überraschend plötzlich eintretenden anästhesirenden Wirkung in seinen Nachwirkungen viel leichter ist, wie das Chloroform“. Zur Aufklärung der verhältnissmässig ungünstigen Statistik des letzten Chirurgencongresses über das Bromäthyl weist Verf. darauf hin, dass grössere Dosen Bromäthyl nicht nur keine Anästhesie hervorrufen, sondern sogar gefährlich sind; die Menge der einmaligen Dosis darf 15—20 Grm. nicht übersteigen. Bei Mehrverbrauch tritt ein sehr starkes, sonst meist ganz fehlendes Excitationsstadium ein, es folgt dann kein Erschlaffungsstadium. — Besondere Narcotisirungsmasken für Bromäthyl sind nicht nothwendig, es genügt vollkommen die *Esmarch*'sche Chloroformmaske.

984. ***Die glycerinphosphorsauren Salze und deren therapeutische Anwendung.*** *Von Dr. Robin. (Bull. de l'acad. de méd. XXXI. 17. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 41.)*

Die Beobachtung, dass bei gewissen Kranken, speciell bei Neurasthenikern, eine verhältnissmässig bedeutende Menge unvollständig oxydirten Phosphors im Urin sich vorfand, führte Verf. zu der Ansicht, dass in solchen Fällen ein gesteigerter Stoffwechsel und Zerfall von Nervensubstanz statthaben müsse, deren Gehalt an Lecithin die Quelle des unvollständig oxydirten Phosphors, der Glycerinphosphorsäure, im Urin sei. Bei der Schwierigkeit, medicamentös eingeführten Phosphor zur Assimilation zu bringen, vermuthete er, durch Darreichung desselben in organischer Verbindung am ehesten die Ernährungsstörung des Nervensystems günstig beeinflussen zu können. Die Erfolge, die er mit glycerinphosphorsaurem Kalk, Natron und Kali bei innerlicher und sub-



cutaner Anwendung erzielte, waren vielfach geradezu überraschend. Sie gleichen denjenigen, die andere Autoren durch Anwendung von Liquide testiculaire erhalten haben, in dem Masse, dass Verf. die Wirkung des Hodensaftes lediglich auf dessen Gehalt an organisch gebundenem Phosphor bezieht und an seiner Stelle die Anwendung der Glycerinphosphorsäure empfiehlt.

985. ***Zur Pilocarpinbehandlung.*** *Von* ***Fr. Hartcop.*** *Aus der Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums des Düsseldorfer Aerztevereines. Wiesbaden 1894. (Centralbl. f. innere Med. 1894. 41.)*

Verf. hat das mit Unrecht in Vergessenheit und Misscredit gerathene Pilocarpin bei verschiedenen Erkrankungen mit Erfolg, besonders im Hinblick auf dessen speicheltreibende Wirkung, angewendet (0·01—0·02 pro dosi, subcutan). In erster Linie nennt Verf. hyperämische Zustände innerhalb der Schädelhöhle (Urämie, beginnende Meningitis, chronische Entzündungen der Gehirnhäute), sodann Affectionen des Rachens und Kehlkopfes, insbesondere Glottisödem, ferner acute Erkrankungen der Nieren (Scharlachnephritis) und manche Erkrankungen des Rückenmarkes und der peripheren Nerven in den ersten Stadien. Die Wirkung des Mittels ist eine Entzündung ableitende; von Vortheil erwies sich in gewissen Fällen eine Combination mit Darreichung von Jodkali und Hydr. bijod. rubr. Einige eingestreute Krankengeschichten zeigen die in geeigneten Fällen in der That vorzügliche Wirkung der empfohlenen Therapie.

986. ***Extractum radicis gossypii herbarii als blutstillendes Mittel.*** *Von Dr.* ***Potejenko.*** *(Medicinskoje Obosrenie. 1893. 23.)*

987. ***Die blutstillende Wirkung von Cortex radicis gossypii herbarii.*** *Von Dr.* ***G. Narkewicz,*** *Landarzt. (Zemski Wratsch. 7. April. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 82.)*

Potejenko lobt das dicke Extract der Wurzel der Baumwollstaude als exquisites Blutstillungsmittel. Er wurde vor 5 Jahren etwa durch Dr. *Narkewicz* darauf hingewiesen und wandte es auch an, anfangs zwar mit grosser Reserve, überzeugte sich aber später immer mehr von der ausgezeichneten Wirkung dieses Mittels. *Narkewicz* hatte die Wirkung dieses Mittels nur bei uterinen Blutungen erprobt, *Potejenko* erstreckte seine Versuchsreihe auch auf andere Arten von Blutungen. Er verschreibt 3—4 Mal täglich je 20—30 Tropfen einzunehmen, und verordnet es so 4—5 Tage lang, nie über 10 Tage hinaus; die heilsame Wirkung trat oft 1—2 Tage nach der Anwendung selbst dort ein, wo die anderen blutstillenden Mittel ihn im Stiche liessen. Vom Jahre 1890—93 hatte er 59 Fälle behandelt, bei denen in 52 Fällen die Wirkung eintrat, in 5 Fällen musste zu anderen Mitteln gegriffen werden, die übrigen entzogen sich der Beobachtung. Nach der Art der Blutungen waren es folgende: 1. 30 Erkrankungen der weiblichen Geschlechtssphäre, 2. Lungenblutungen, 3. 6 Nasenblutungen, 4. 1 Blutung aus dem Rectum, 5. 1 Blutbrechen. *Potejenko* kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Baumwollstaude ist ein unschädliches und dabei ausgezeichnetes Blutstillungsmittel, welches die Verdauung nicht stört, sondern sie im Gegentheil begünstigt. 2. Man kann das Mittel mit Nutzen auch bei Blutungen während



der Schwangerschaft anwenden. 3. Seine Wirkung besteht wahrscheinlich in der Verminderung des Blutzuflusses zu den Schleimhäuten. 4. Es ist unnöthig, die einzelnen Dosen über 30 Tropfen hinaus zu steigern. *Narkewicz* bestätigt vollkommen die blutstillende Wirkung der Baumwollstaude. Er wendet das Mittel in Form eines Infus (15 : 180) seit 1888 an, und glaubt dem Infus einen Vorzug vor dem Extract einzuräumen. Er verordnet einen Esslöffel stündlich oder auch halbstündlich. *Narkewicz* wendet das Mittel nicht nur bei gynäkologischen Fällen an, sondern nach jeder Geburt, wo Atonie des Uterus beobachtet wird, sowie nach allen geburtshilflichen Operationen. Einmal konnte das Mittel wegen starken Erbrechens per os nicht verabreicht werden, es wurden daher 2 Clysmen (jede zu 90·0) gegeben und die uterine Blutung stand; nach 2 Tagen trat sie tropfenweise wieder auf, aber ein 3. Clysma brachte sie vollkommen zum Stillstande. Vorhergegangene heisse Ausspülungen brachten nur kurzdauernden Stillstand der Blutung zuwege.

Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

988. ***Ueber das Eisen in diätetischer Hinsicht.*** *Von Prof. Dr.* ***Kobert.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1894. 28 u. 29.)*

Obwohl die täglich nöthige Eisenmenge eine sehr kleine ist, und die meisten Nahrungsmittel an sich schon etwas Eisen enthalten, ist es in einer ganzen Reihe von Fällen, keineswegs nur bei Chlorotischen, geboten, den Eisenstoffwechsel mit entsprechenden diätetischen Präparaten zu regeln. Von Wichtigkeit hierfür ist die Kenntniss der täglich ausgeschiedenen und also auch wieder zu resorbirenden Menge Eisen, die für den normalen Menschen von 60 Kgrm. etwa 15—20 Mgrm. beträgt, also etwa 1 Mgrm. auf 3 Kgrm. Körpergewicht, aber bei wachsenden und schwangeren Individuen viel grösser sein muss. Die Eisenzersetzung geht aber im Organismus durchaus nicht immer mit der Eisenausscheidung Hand in Hand, sondern bei blutzersetzenden Krankheiten bleibt die letztere hinter der ersteren wesentlich zurück, ebenso wird auch im Greisenalter das durch Einschmelzung des Hämoglobins frei werdende Eisen in der Milz und anderen Organen abgelagert — durch die Gallenwege wird es nicht, wie man annahm, zur Ausscheidung gebracht. Verf. schätzt die Menge, die täglich genossen werden muss, um den Eisenstoffwechsel aufrecht zu erhalten, auf wenigstens 50 Mgrm., eine Menge, die sich nicht in der beliebig zusammengesetzten 24stündigen Nahrung findet. Von diätetischen Eisenmitteln lassen sich 3 Gruppen unterscheiden, vegetabilische, animalische und künstlich dargestellte. Dass die in den Pflanzen enthaltene Eisenmenge allein für den Stoffwechsel genügt, dafür liefern den Beweis die Vegetarier und pflanzenfressenden Thiere. Von animalischen Gebilden kommen hauptsächlich nur in Betracht Milch, Eier, Leber, Blut. Die Milch ist nicht reich an Eisen, und der dasselbe enthaltende Eiweissstoff wird nur sehr schwer von den Verdauungssäften angegriffen — der Eisenmangel Kranker wird sich durch Milch allein also nicht decken lassen. Die Eisen-



verbindung des Eidotters, das Hämatogen, wird nur in geringem Masse resorbirt, da dasselbe im Darm durch den Schwefelwasserstoff in alkalischer Lösung zersetzt wird. In der Lebergrundsubstanz ist das Eisen in wechselnder Menge und verschiedenen Verbindungen vorhanden, von denen namentlich das Hepatin für den in Rede stehenden Zweck von Bedeutung ist, obgleich Versuche über dessen Resorbirbarkeit noch nicht angestellt sind. Von den im Blute vorhandenen Eisenverbindungen hat Verf. besonders die Resorbirbarkeit des Hämoglobins geprüft und gefunden, dass vom Blutfarbstoff mindestens ein eben so grosser Theil als vom Hämatogen zur Aufsaugung kommt. Die Zerlegung des Blutfarbstoffes vor der Resorption zu Hämatin ist ohne Belang, und deshalb ist die Zufuhr von bluthaltigem rohen Fleisch und anderen bluthaltigen Gerichten, Blutwurst etc. als zweckmässig zu bezeichnen. Als Ersatz hierfür werden die verschiedenen Medicinen empfohlen, welche Hämoglobin oder Hämatin in flüssiger oder anderer Form enthalten. Von künstlich dargestellten Eisenpräparaten gibt es eine grosse Menge, namentlich von solchen mit Eiweiss. Nach den Untersuchungen Verf.'s kann das Ferratin schon durch die Magenverdauung zersetzt werden, so dass es sich dann gar nicht mehr um eine organische Verbindung handelt. Hiernach, sowie nach dem Verhalten des Ferratins im Organismus bei Einspritzung in's Blut ergibt es sich, dass das Ferratin mit dem normalen Lebereisen nicht identisch ist.

989. ***Ueber Sterilisation der Hände durch Marmorstaub.*** *Von Dr.* ***D. Witkowski,*** *Berlin. (Therap. Monatsh. 1894, pag. 343. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 36.)*

Unter Hinweis, dass die gewöhnlich zur Desinfection der Hände benutzten Bürsten in keiner Weise einer strengen Asepsis der Hände genügen, berichtet Verf. über die von *Schleich* empfohlene Sterilisation der letzteren durch Marmorstaubseife. Dieselbe setzt sich zusammen aus flüssig gemachter Hausseife und der dreifachen Menge gesiebten Marmorstaubs, ausserdem wird noch etwas *Schleich*'sche Wachspaste und 4% Lysol zugesetzt (in letzter Zeit jedoch weggelassen). Die bacteriologische Untersuchung entsprach völlig den an die Zuverlässigkeit der Marmorseife gesetzten Erwartungen. Die Anwendung der Seife ist folgende: Benutzung des Nagelreinigers, Waschungen mit der Seife und heissem Wasser mehrere Minuten lang. Abspülen der Hände unter fliessendem Wasserleitungswasser. Bei 1700 in dieser Weise behandelten Fällen zeigte sich nie eine Spur der Infection.

990. ***Zur Behandlung des Fettherzens.*** *Von Dr.* ***Theodor Schott.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1894. 27 u. 28.)*

Wir besitzen zwar in dem Verhalten des Allgemeinzustandes der Patienten, in dem Verhalten der Herztöne, des Rhythmus der Herzcontractionen, der Beschaffenheit des Pulses etc. mancherlei Anhaltspunkte, welche uns die Diagnose „Fettherz" als wahrscheinlich bezeichnen lassen, aber Täuschungen kommen trotz alldem häufig genug vor. Man muss mit der Diagnose „Fettherz" sehr vorsichtig sein. Verf. hat nicht selten gesehen, dass Fälle von „weakened heart" zu Täuschungen führten und dass dann die auf Fettherz gerichtete Behandlung von den verderblichsten



Folgen begleitet war. Prophylaktisch vermag der Arzt bei Fettherz sehr viel zu wirken durch Regulirung der Lebensweise, durch Rathschläge bezüglich passender geistiger Beschäftigung, körperlicher Thätigkeit u. s. w. Bei erblicher Disposition schlagen oft alle angewandten Mittel entweder fehl und die Prognose ist im Ganzen eine viel trübere. Verf. theilt auf Grund zahlreicher Beobachtungen seine Erfahrungen in Betreff der Behandlung des Fettherzes mit. Allen diätetischen Massregeln liegt der Hauptzweck zu Grunde, den Fettansatz in mehr oder minder hohem Masse zur Schmelzung zu bringen und neuen Fettansatz zu verhüten. Wir besitzen aber bis jetzt kein Mittel, welches uns ermöglicht, das an den verschiedensten Stellen des Körpers angehäufte Fett einseitig zum Schwund zu bringen, ohne dass dabei nicht auch andere, dem Körper wichtige Substanzen in Mitleidenschaft gezogen werden. Es ist nicht zu bezweifeln, dass durch Entfernung grösserer Fettmengen aus Brust- und Bauchraum, vielleicht auch durch Verringerung der sich früher in den vermehrten Fettmassen neugebildeten Blutbahnen, dem Herzen Erleichterung geschaffen zu werden vermag, und wir sehen dies bei rationeller Behandlung gewiss häufig genug; andererseits stellen sich aber auch so viel Gefahren hierbei ein, dass es eine für den Arzt hochwichtige Aufgabe ist, zu eruiren, wie er diese letzteren zu vermeiden vermag. Durch strenge Diätvorschriften, insbesondere durch langandauernde einseitige Eiweisskost, durch zu geringe Nahrungszufuhr, ist mehr Unheil als Nutzen gestiftet worden, insbesondere wenn, wie dies bei vielen an Fettherz Leidenden der Fall ist, Anämie oder andere Complicationen, wie Diabetes, Gicht etc., vorhanden sind. Hier sollte man nur mit der allergrössten Vorsicht an Abmagerung denken; desgleichen bei allen älteren Personen. Vor Allem aber hüte man sich vor grossen Gewichtsverlusten, vor raschem Abmagern. Einige Gramm Einbusse an Herzmuskelsubstanz sind viel wichtiger, können das Leben viel ernster gefährden, als wenn die Extremitäten um ebensoviele Pfunde an Muskelfleisch verlieren.

Auch die starken Flüssigkeitsbeschränkungen sind hierher zu rechnen. Selbstverständlich soll und muss das Mass der alkoholischen Getränke auf's Aeusserste beschränkt werden, denn diese begünstigen den Fettansatz nur allzusehr. Auch die Extractivstoffe des Bieres, der Weine etc. spielen, wenn in grösserer Quantität genossen, diesbezüglich eine verderbliche Rolle. Und trotzdem darf man bei grosser Zahl von Kranken, welche viele Jahre hindurch an Alkohol gewöhnt sind, denselben nicht sofort entziehen, sondern man muss ihn in vorsichtiger Weise reduciren und in geeigneter Form zu geben suchen. Alle diätetischen Massregeln laufen darauf hinaus, sei es, dass die Gesammtmenge reducirt oder nur ein Theil derselben, insbesondere die Kohlehydrate oder Fette beschränkt werden, die Nahrungsaufnahme in gewisse enge Grenzen zu bringen. Die von *Zander* empfohlene Maschinengymnastik hat den Nachtheil, dass deren Verwendung an Ort und Zeit gebunden ist, der Betrieb einer solchen Anstalt ein verhältnissmässig grosses Capital voraussetzt und dadurch nur in Städten mit genügend einschlägigem Krankenmaterial verwendet werden kann. Stete ärztliche Controle

ist auch bei solcher Apparatgymnastik eine Conditio sine qua non. Die Methode der Brüder *Schott* kann sowohl in der Form der Widerstands- wie Selbsthemmungsgymnastik überall zur Anwendung gelangen. Was die erstere anlangt, so kann im Nothfalle jedes Familienmitglied zu einem brauchbaren Gymnasten herangebildet werden, und durch die letztgenannte Art ist der Fettherzleidende sogar im Stande, jeden Augenblick seine Herzgymnastik allein auszuüben. Für den Arzt aber ergibt sich bei dieser Methode die Möglichkeit, seinen Patienten zeitweise, wenn nöthig sogar immer zu beaufsichtigen. Was die Gymnastik auf motorischem Wege zu Stande bringt, das vermögen balneo- und hydrotherapeutische Massregeln auf dem Wege der sensiblen Nervenbahnen. Jede zu lange Badedauer, eine zu starke Concentration der Badebestandtheile, ferner die Verwendung extrem kalter oder warmer Temperaturen ist streng zu meiden; eine stetige ärztliche Controle ist nothwendig, falls nicht Misserfolge mancherlei Art sich einstellen sollen. Verf. hat Fälle publicirt und in den letzten Jahren in stets steigender Zahl gesehen, bei welchen während der Behandlungsdauer noch eine weitere Gewichtszunahme zu beobachten war. Er erwähnt einen Fall von Kyphoscoliose mit Fettherz, bei welchem eine Entfettungscur die bestehenden Beschwerden verschlimmert hatte; der betreffende Patient verlor dabei lediglich durch Bäder und mässige Bewegung, sowie vorgeschriebene Diät, jedoch ohne den geringsten Versuch einer Entfettung, seine sämmtlichen Beschwerden. Erst dann, wenn das Herz wieder ganz kräftig geworden ist, und in seiner Functionstüchtigkeit sich nicht oder kaum von einem normalen Herzen unterscheidet, sollte der Versuch einer Entfettungscur gewagt werden. Aber auch hier sollte die Gewichtsabnahme stets nur langsam, und zwar am besten in Absätzen sich vollziehen, ein zum Körpergewicht grösserer, procentualischer Verlust ganz vermieden werden, die Controle stets mit Hilfe von Wage und Thermometer seitens des Arztes stattfinden. Temperatursteigerungen müssen unter allen Umständen ausgeschlossen bleiben, und wo sich eine Kraftabnahme des Herzens oder des Organismus zeigt, muss sofort mit der Entfettung aufgehört, eher wieder eine kleine Körpergewichtszunahme angestrebt werden. Mässige Bewegungen in frischer Luft werden sich stets nützlich erweisen; dieselben dürfen jedoch erst am Ende der Behandlung zu Bergsteigen führen, wenn der Herzmuskel eine solche Mehrarbeit, wie sie das Bergsteigen verlangt, auch wirklich ohne jegliche Gefahr zu leisten vermag. Anfänglich aber ist das Bergsteigen des Oefteren eine körperliche Ueberanstrengung, welche eine Schwächung des Herzmuskels herbeiführt. Die letztere wiederum raubt, wie wir aus neueren physiologischen Untersuchungen wissen, dem Körper eine colossale Eiweissmenge. In ähnlicher Weise hat Verf. psychische Ueberanstrengungen wirken sehen, und nicht genug ist davor zu warnen, die Patienten durch forcirten Geschlechtsgenuss entfetten zu wollen. Bei älteren Personen kommt noch hinzu, dass bei solchen Schwächungscuren ein weiteres Moment für die rapide Zunahme der Arteriosclerose gewonnen wird, welch letztere die Gefahren dann noch weiter erhöht.



Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

991. ***Ein Fall, einen Fremdkörper in der Trachea vortäuschend.*** *Von **M. Margulies.** (Annal. de chir. de Moscou. IV de 1894. — Revue de chir. 7 de 1894.)*

Ein 40jähriger Mann, welcher seit 16 Jahren eine Trachealcanüle trug, bemerkte eines Tages, dass dieselbe fehle und meinte, dass sie ihm in die Luftröhre hinabgeglitten sei. Er kam in's Hospital und zeigte dort als Beweis seiner Angabe die Platte der Canüle. Er war sehr aufgeregt, athmete aber frei. Verschloss man mit dem Finger die Trachealöffnung, so sprach er laut und deutlich. Er versicherte, das Weitergleiten der Canüle in die Tiefe der Trachea deutlich gefühlt zu haben und gab an, sie in der Höhe des Manubrium sterni deutlich zu verspüren. Bevor er noch untersucht werden konnte, bekam er einen heftigen Erstickungsanfall mit Cyanose des Gesichtes, und eigenthümlichem Husten. Die in die Trachea bis auf die Tiefe von 15 Cm. eingeführte Sonde gab das Gefühl eines fremden Körpers, die vorbeschriebenen Anfälle wiederholten sich in kurzen Intervallen, der Kranke wurde nun chloroformirt und die Extraction des Fremdkörpers versucht, was jedoch nicht gelang. Es wurde daher die Fistelöffnung erweitert, wobei sich zeigte, dass der vermeintliche Fremdkörper nichts Anderes war, als der ossificirte Knorpel. Die Wunde wurde nun sofort geschlossen und verbunden. Dem wieder erwachten Kranken wurde bedeutet, dass die Canüle bereits herausgenommen sei und er versicherte, dass er nun schon leichter athme. Einen Monat nach der Operation befand er sich vollkommen gesund. Trotz der subjectiven und objectiven Symptome hatte man es hier nur mit einem Pseudo-Corpus alienum zu thun, und die Ueberzeugung des Kranken, dass die Canüle entfernt worden sei, hatte genügt, um ihn sofort und dauernd zu heilen. Dr. *Baaz.*

992. ***Hoher Blasenschnitt wegen Blasensteines mit folgender starker Hämorrhagie.*** *Von **M. Lissenkoff.** (Annal. de chir. de Moscou. IV de 1894. — Revue de chir. 7 de 1894.)*

Ein Kind von 3 Jahren wurde wegen Lithiasis in's Hospital gebracht. Es hatte theilweise Harnretention und heftige Schmerzen beim Uriniren, doch hatte dasselbe nie an Hämaturie, noch an Nasenbluten oder Meläna gelitten. Die Lithotomie wurde von *Ostrogadsky* ausgeführt und ein Uratstein entfernt. Die Blutung war unbedeutend. Es wurde eine Etagennaht angelegt und ein Verband ohne Jodoform gemacht. In die Harnröhre wurde ein Catheter eingelegt.

Nach einer Stunde entstand Blutharnen. Die Aussenwunde war trocken. Nach Entfernung der oberflächlichen Naht zeigt sich die Höhle vor der Blase mit Blut erfüllt, ohne dass die Quelle der Blutung zu entdecken gewesen wäre.

Es wurde das prävesicale Zellgewebe genäht und mit Jodoform verbunden, worauf die Blutung stand. Die Blase selbst wurde durch den Catheter ausgespült und die Hämaturie hörte auf, um einige Stunden später wieder aufzutreten.

Es traten Meteorismus, Fieber und Erbrechen auf. Man eröffnete die Blasenwunde, fand einige Blutcoagula, aber keine blutende



Stelle. Trotz aller Vorsichtsmassregeln ging das Kind unter Collapserscheinungen zu Grunde. Die Autopsie ergab eine linksseitige Pneumonie, subpleurale und pericardiale Ecchymosen, Hämorrhagien im Zellgewebe des Mediastinum, in die Cavitas Retzii und in die Regio pubica, Fettleber, Milzhypertrophie, ebenso der Mandeln und der Lymphdrüsen. Anämie, Tod in Folge Pneumonie.

Merkwürdig ist im vorliegenden Falle die abundante Blutung bei der Sectio alta, bei welcher sonst Hämorrhagien wegen der günstigen anatomischen Verhältnisse zu den grössten Seltenheiten gehören. Es gibt dort keine grossen Gefässe und der Schnitt wurde nicht so tief geführt, dass der Plexus Santorini wäre eröffnet worden. Die Operation selbst war fast unblutig und die Blasenwunde betrug nur 2 Cm.

Woher nun die Blutung?

Die Obduction ergab eine hämorrhagische Diathese; aber bestand diese schon vor der Operation oder entstand sie erst nachher?

Das Zweite erscheint wahrscheinlicher.

Die fettige Degeneration der Leber wie die multiplen Hämorrhagien lassen auf eine Intoxication schliessen und Verf. denkt an eine Jodoformintoxication, trotz des Mangels aller klinischen Symptome.

Man könnte aber auch eine schon vor der Operation bestandene hämorrhagische Diathese annehmen, wofür die chronische Anämie und der Umstand sprechen würden, dass die erste Hämorrhagie ja schon vor Anwendung des Jodoform auftrat. Möglich wäre auch, dass die hämorrhagische Diathese, welche schon vorher bestand, durch die Anwendung des Jodoforms noch zunahm. Die Aetiologie der Hämorrhagie ist demnach in diesem Falle sehr unklar.

Eigenthümlich ist in diesem Falle noch, dass beim Bestehen aller klinischen Symptome einer Peritonitis die Autopsie eine Pneumonie mit den typischen *Friedländer*'schen Pneumococcen ergab.

Dr. *Baaz.*

993. ***Drei Fälle von Pylorusresection wegen Carcinoma.*** *Von **M. A. Bogajewsky.** (Annal. de chir. de Moscou. IV de 1894. — Revue de chir. 7 de 1894.)*

Nach *Billroth* sind die Folgen dieser Operation bei Narbenstricturen günstig, problematisch bei krebsigen Verengerungen. Könnte man aber das Leiden schon sehr frühe diagnosticiren, so könnte man bei weiterer Vervollkommnung der Operationstechnik auf bessere Erfolge hoffen.

Czerny hält die Heilung des Magencarcinomes für eine grosse Seltenheit, ist aber insoferne für die Pylorusresection, als man immer eine Beseitigung der die Passage der Nahrungsstoffe hindernden Verengerung erzielt.

Verf. hat nun in der russischen Literatur mehrere Fälle von Pylorusresection mit günstigem Ausgange gefunden und theilt selbst drei Fälle mit, in welchen er diese Operation wegen Carcinoma ventriculi ausgeführt hat. In einem Falle hat er eine bereits mehr als ein Jahr andauernde Heilung erzielt; von den anderen zweien starb einer am 3. Tage nach der Operation an Herzparalyse, der andere am 14. Tage an Erschöpfung und wahrscheinlich einem



in Folge Perforation der Gallenblase eingetretenen Ergusse der Galle in's Peritoneum. Eine Autopsie konnte nicht vorgenommen werden. Die Operationsmethode theilte sich in fünf Zeitabschnitte: 1. Eröffnung der Peritonealhöhle, 2. Aufsuchen und Isoliren des Pylorus, 3. Resection des Pylorus, 4. Naht der Wunde des Magens mit dem Duodenum, 5. Naht der Bauchwunde.

Die Incision der Bauchwand wurde in 2 Fällen in der Linea alba nach *Péan* und *Rydygier,* im 3. Falle parallel dem linken Rippenbogenrande nach *Billroth* gemacht.

Die Dauer der einzelnen Operationen betrug 2 Stunden 30 Minuten, 2 Stunden 45 Minuten und 2 Stunden 50 Minuten. Das Gewicht der einzelnen Tumoren war 100, 200 und 268 Grm. In einem Falle war das Verfahren antiseptisch, sonst aseptisch.

Verf. ist trotz der zwei Todesfälle für die Pylorusresection bei Carcinoma ventriculi, denn der eine Fall sei sehr aneifernd. Die erste Zufuhr von flüssiger Nahrung begann am 5. Tage post operationem. Am 10. Tage hatte die Kranke normalen Stuhlgang, am 13. Tage ersten Verbandwechsel, Heilung per primam. Am 15. Tage stand die Kranke zum ersten Mal auf und verliess am 25. Tage geheilt das Hospital, wobei sie in den letzten Tagen um 10 Pfund an Körpergewicht zugenommen hatte. Dr. *Baaz.*

994. ***Ueber Gastroplicatio.*** *Von Prof.* ***Brandt.*** *(Centralbl. f. Chir. 1894. 6.)*

Mit diesem Namen bezeichnet Verf. ein operatives Verfahren gegen Magenerweiterung, welches durch Einfaltung und Vernähung von dessen peritonealer und musculärer Schicht eine Verkleinerung des Magens auf operativem Wege erzielt. Selbstverständlich kommt diese Operation nur dann zur Anwendung, wenn sich nicht eine Verengerung des Pylorus, sei es narbiger oder anderer Art, als Ursache der Dilatation vorfindet. An einem 26jährigen Manne, der an Dilatation des Magens litt, wurde, nachdem die anderen Methoden der Behandlung erfolglos geblieben waren, die Operation vorgenommen. Durch einen längs dem linken Rippenbogen verlaufenden Schnitt wurde die Bauchhöhle eröffnet, der Magen vorgezogen, und nachdem der Pylorustheil sich normal erwiesen hatte, die Faltung zur Verkleinerung des Magens vorgenommen. Verf. vernähte in querer Richtung die von der Mucosa abgehobene Muscularis und Serosa in grossen Falten sowohl an der Vorder- als an der Rückseite des Magens. Der Verlauf nach der Operation war aseptisch.

995. ***Neue Beiträge zur operativen Behandlung der Magenerweiterung.*** *Von Dr.* ***Bircher,*** *Aargau. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1894. 18. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1894. 10.)*

Als Indication für die Magenfaltung (Gastroplicatio) betrachtet Verf. ebenso wie *Robert Weir* jene Fälle von Erweiterungen, welche jeder anderen Therapie spotten. Die Ausführung ist ferner angezeigt, wenn nach Beseitigung eines Pylorushindernisses die Beschwerden nicht aufhören, sowie bei den auf Erkrankungen der Muscularis beruhenden Dilatationen, wenn die innere Behandlung keine Besserung bringt. Verf. berichtet im Ganzen über 8 Fälle von Faltung der Magenwand, in denen nach längerer Beobachtungszeit (bis zu 3 Jahren) die Verdauung gut von statten ging. Die



Magenfaltung erwies sich weder als technisch schwierig, noch als gefährlich. In einem Falle, der zur Obduction kam, fand sich die gebildete Falte als contrahirter Wulst im Magen. Die Fälle zeigen ferner, dass mit der Faltung wirklich ein mechanisches Hinderniss beseitigt und der Magen in einen Zustand gebracht wird, dass er seinen Inhalt durch den Pylorus weiterbefördern kann. Verf. präcisirt die Indicationen dahin, dass die Verkleinerung des Magens durch Faltenbildung angezeigt ist: 1. Zur Verkleinerung des Organs bei Dilatation in Folge von Störungen der Innervation oder Erkrankung der Wandung (Atonie, Atrophie), wenn die anderen Behandlungsweisen erfolglos sind. 2. Zur Beseitigung von partiellen Ectasien, sowie anderen abnormen Formen und Lageveränderungen. 3. Zur Deckung von Wänden nach Ablösung von Adhäsionen. 4. Zur Deckung von Stellen, welche an der Innenseite ein Geschwür vermuthen lassen, besonders bei Tendenz zur Perforation.

996. ***Die Therapie der Eclampsie.*** *Von Dr. Döderlein. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 26. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 80.)*

Da in Betreff der Aetiologie der Eclampsie trotz der zahlreichen Untersuchungen über diesen Gegenstand nach wie vor völliges Dunkel herrscht, so fehlt auch für eine causale Therapie jede Grundlage, und die Behandlung kann nur eine rein empirische sein. Bei dieser Behandlung unterschied man bisher zwischen einer medicinisch-symptomatischen und einer geburtshilflichen. Von den unzähligen empfohlenen Medicamenten hat sich jetzt besonders das Morphium eingebürgert, welches namentlich in Verbindung mit Chloroforminhalationen und Chloralklystieren eine typische Behandlungsmethode der Eclampsie geworden ist. Die symptomatische Behandlung, bestehend in Aderlass, heissen Bädern, Schwitzcuren, hat nirgends dauernd befriedigt. Die geburtshilfliche Behandlung war bisher vorwiegend exspectativ. War die Entbindungsmöglichkeit vorhanden, so vollendete man die Geburt, wo nicht, so begnügte man sich mit der medicinisch-symptomatischen Therapie, bis jene eintrat. Vor jedem forcirten Entbindungsversuche wurde aber eindringlich gewarnt, da das damit verbundene Trauma auf's Neue Nervenerregung veranlasse und eclamptische Anfälle auslöse. Nunmehr zeigte *Dührssen*, dass, wenn diese Versuche nur in tiefer Chloroformnarcose ausgeführt werden, dieselben auf die Eclampsie nicht ungünstig wirken, dagegen eine frühzeitige Vollendung der Geburt mit grosser Wahrscheinlichkeit dieselbe coupire. Er geht so weit, dass er sogar für den Fall, dass bei Ausbruch der Eclampsie die Wehen noch gar nicht oder eben erst begonnen haben, die forcirte Entbindung fordert und empfiehlt da, wo Incisionen wegen erhaltener Cervix eine zu grosse Verletzung setzen würden, zuerst durch Kolpeuryse den Cervicalcanal zu erweitern. Indessen ist dieser Eingriff, selbst wenn er in einer Klinik, geschweige denn in einem Privathause, vorgenommen wird, so gefährlich, dass manche Operateure sogar den Kaiserschnitt als schonender vorziehen. In der Literatur sind bis jetzt 19 Kaiserschnitte aus dieser Indication bekannt. Die Erfahrungen, die damit gemacht worden sind, zeigen, dass auch die Entbindung Eclamptischer mit Hilfe des Kaiserschnittes unverkennbar einen guten Einfluss auf die Eclampsie ausübt und in gewissen Fällen



dem mit Incisionen verbundenen Accouchement forcé vorzuziehen ist. Verf. ist deshalb der Ansicht, dass die Behandlung der Eclampsie künftighin mehr als bisher in activem geburtshilflichen Vorgehen bestehen solle, und dass dann auch die Prognose derselben sich bessern wird.

997. ***Todesfall in Folge Aethernarcose.*** *Von Prof. Dr.* ***Poppert,*** *Oberarzt der Giessener chirurgischen Klinik. (Deutsch. med. Wochenschr. 1894. 37.)*

Auf der Giessener chirurgischen Klinik trat 2 Stunden nach der Operation unter Aether ein Todesfall an Lungenödem auf. Verf. gelangt auf Grund der bezüglichen Beobachtung zu folgenden Schlüssen: 1. Der während oder nach Aether eintretende Tod an Lungenödem ist durch toxische Wirkung des Aethers bedingt und als echter Narcosentod aufzufassen; ebenso ist die überwiegende Mehrzahl der nachträglichen Erkrankungen an Bronchitis und Bronchopneumonie auf Rechnung des Aethers zu setzen. 2. Beim Aether ist der Tod während der Narcose seltener als beim Chloroform, umgekehrt treten nachträglich, oft lange nach beendigter Narcose, beim Aether üble Zufälle mit und ohne tödtlichen Ausgang ungleich häufiger ein als beim Chloroform. 3. Bei einer Narcosenstatistik sind auch die Spättodesfälle mit zu berücksichtigen, ferner alle die Fälle, bei denen der Exitus im Anschluss an die Narcose unter auffälligen Erscheinungen, die sich durch die bestehende Grundkrankheit nicht erklären lassen, erfolgt. 4. Die bisherige Statistik hat die angebliche Ueberlegenheit des Aethers dem Chloroform gegenüber nicht bewiesen.

Laryngologie, Otiatrik und Ophthalmologie.

998. ***Ueber die Erkennung der Vorwölbung des Bulbus venae jugularis in die Paukenhöhle am Lebenden.*** *Von Docent Dr.* ***Gomperz,*** *Wien. Bericht über die 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. 1894.*

Es sind bisher fünf Fälle von lebensgefährlicher Blutung durch Verletzung des Bulbus venae jugularis bei der Paracentese des Trommelfelles bekannt geworden, einer davon mit tödtlichem Ausgange. Zur Verhütung dieses Ereignisses schildert Verf. die Symptome dieser gar nicht so seltenen Anomalie bei nicht entzündetem Trommelfelle; man sieht dann meist eine biconvexe, mit dem Schatten der runden Fensternische nicht zu verwechselnde blaue Verfärbung in der unteren Trommelfellhälfte. Verf. demonstrirt nun einen Knaben, dessen rechtes Trommelfell den Typus des Bildes darbietet, das die Vorragung des Bulbus jugularis in die Trommelhöhle erzeugt, fast die ganze untere Trommelfellhälfte zeigt ein tief dunkles Blau, das sich besonders unter dem Umbo und am Lichtreflex mit einem scharfen Contour gegen die normale Farbe der übrigen Trommelfelltheile abgrenzt. Ferner empfiehlt er, zu erwägen, ob im Hinblick auf die Gefahr des Anstechens des Bulbus bei entzündetem, also undurchsichtigem Trommelfelle



die Paracentese nicht im vorderen unteren Quadranten, in der Richtung von hinten oben nach vorne unten, ausgeführt werden sollte.

999. ***Zur Erklärung der transitorischen Myopie bei Iritis nebst Bemerkungen über die diabetische Kurzsichtigkeit.*** *Von Dr. **Schapringer**, New-York. (New-Yorker med. Monatsschr. 1893, pag. 423. — Schmidt's Jahrb. 1894. 4.)*

Es wurde schon wiederholt auf die bei Iritis vorkommende Erhöhung der Refraction des Auges, die 1—2 Dioptrien betragen kann, aufmerksam gemacht und als Grund dafür Volumzunahme des vorderen Theiles des Glaskörpers, Aenderung der Hornhautkrümmung durch Zukneifen der Lider, Krampf des Ciliarmuskels u. dgl. angegeben. *Oliver* rieth, wegen des vermeintlichen Muskelkrampfes die Augen auch noch nach Beendigung des Reizzustandes längere Zeit zu atropinisiren. Das ist nach Verf. vollkommen überflüssig, denn Schuld an der Myopie trage allein das Kammerwasser, das durch gelöstes Fibrin eine höhere Concentration und damit stärkere Brechkraft erlange. Nach seiner Berechnung entspricht eine Zunahme des Brechungsindex des Kammerwassers um nur 0·01 schon einer Refractionszunahme von 1 D. Umgekehrt würde eine Zunahme des Brechungsindex des Glaskörpers nach optischen Gesetzen eine Verringerung der Refraction des Auges bewirken. Auch die bei Diabetes öfter vorkommende Kurzsichtigkeit ist nach Verf. eine „Index-Myopie", da hier schon wiederholt im Kammerwasser, aber nicht im Glaskörper Zucker nachgewiesen werden konnte.

1000. ***Kupfer im Auge.*** *Von **J. Hirschberg**. (Deutsch. med. Wochenschr. 1894, XX. 14. — Schmidt's Jahrb. d. gerichtl. Med. 1894. 7.)*

Die Verletzungen des Auges durch Eisensplitter sind durch die Vervollkommnung des Elektromagneten allein schon bedeutend weniger schädlich als die durch Kupfer; dazu kommt, dass Kupfer fast immer eitererregend wirkt. Die gewöhnlichste Verletzungsart des Auges durch Kupfer ist immer noch die durch Zündhütchen bei den Spielen der Kinder. Verf. unterscheidet die Folgen der Verletzung hauptsächlich nach der Einpflanzungsstelle. In der Bindehaut, Lederhaut und Hornhaut sind kleinere Splitter ungefährlich und leicht zu entfernen. In der Regenbogenhaut bildet sich eine mit Eiter umgebene Granulation des Gewebes und daraus ist der Splitter meist leicht zu entfernen. In der Linse kann das Kupferstückchen lange liegen bleiben, ohne Entzündung oder heftige Quellung zu veranlassen. Im Glaskörper und Augenhintergrund wird es durch die Anwesenheit des Kupfers fast ausnahmslos zur Vereiterung des Auges kommen. Auch dann, wenn das Kupferstückchen längere Zeit ruhig im Auge blieb, kann doch auf einmal heftige Entzündung und Eiterung eintreten.

1001. ***Die interne Massage bei Nasen- und Rachenkrankheiten.*** *Von Dr. **W. Freudenthal**, New-York. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894, p. 193.)*

Da das von *Mich. Braun* in die Rhinologie eingeführte Verfahren der manuellen Vibrationsmassage nur durch längere Uebung zu erlernen ist, so stellte sich Verf. ein durch Elektricität ge-

triebenes, nach dem Princip des „electric mallet“ der Zahnärzte gebautes Instrument her. Die Dauer der Massage betrug im Anfang 10 Secunden bis 1 Minute; daneben wurde meist nur 5%, selten 10% Cocainlösung angewendet. Contraindicirt hält Verf. die Massage bei allen parasitären und Infectionskrankheiten; desgleichen bei solchen chronischen Hypertrophien, wo Galvanokaustik nur kleine Narben setzen würde. Wo aber zu erwarten ist, dass umfangreiche Vernarbung und damit Vernichtung der physiologischen Function der Schleimhaut Folge der galvanokautischen Behandlung sein wird, zieht Verf. die Vibrationsmassage vor. Die anscheinend paradoxe Behauptung, dass Hypertrophien und Atrophien durch dasselbe Heilverfahren gebessert werden können, erklärt Verf. damit, dass in die Venen- und Lymphbahnen während der Massage und kurz darauf mehr Inhalt passirt, also auch mehr arterielles Blut nachfolgt und die Ernährung gehoben wird. Bei Fällen von Heufieber wurde durch die Massage die Behandlungsdauer sehr abgekürzt.

1002. ***Ein Fall von Neuritis retrobulbaris mit plötzlicher vollständiger doppelseitiger Erblindung und Wiederherstellung des Sehvermögens.*** *Von* ***Reissert,*** *Strassburg. (Arch. f. Augenhk. Bd. XXVIII. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 42.)*

Ein 22jähriger Metalldreher erblindete innerhalb 24 Stunden vollständig; eine Ursache konnte er nicht angeben, anamnestisch war nichts zu erheben. Es wurde objectiv nur leichte Röthung der Sehnervenscheiben mit mässiger Hyperämie der Venen gefunden. Er bekam Haarseil in den Nacken. 6 Tage später Sublimatinjection unter die Conjunctiva (0·0001); 7 Wochen nach der Erblindung Finger in 4 Meter. Ein Jahr darauf nahezu normale Sehschärfe, die Pupillen etwas grau verfärbt; namentlich die temporalen Hälften entschieden etwas blässer. Schon per exclusionem musste man darauf kommen, dass es sich hier um eine Neuritis retrobulbaris gehandelt habe. Man unterscheidet eine rheumatische und eine durch Intoxication (Blei, Chinin, Alkohol, Nicotin) veranlasste. Die letztere war ausgeschlossen; also bleibt nur eine rheumatische Ursache; es muss aber hervorgehoben werden, sagt Verf., „dass rheumatisch hier nicht in dem Sinne aufgefasst werden soll, dass nothwendig eine Erkältung vorausgegangen ist“. Mit anderen Worten, die Ursache ist unbekannt, denn Patient hatte sich nie einer Schädlichkeit ausgesetzt, die gewöhnlich als Erkältungsmoment angenommen wird. Was die Therapie anbelangt, so glaubt Verf. selbst, dass die Therapie wenig Einfluss auf den Heilungsprocess genommen hat.

1003. ***Die Mittelohrentzündung der Säuglinge.*** *Von Dr.* ***Arthur Hartmann.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1894. 26. — Therap. Monatsh. 1894, pag. 474.)*

Die auch von *Kossel* nachgewiesene grosse Häufigkeit von Paukenhöhlenerkrankungen bei Leichen Neugeborener (unter 108 Leichen 85mal) veranlasste den Verf., den Versuch zu machen, die Häufigkeit der Mittelohrcatarrhe bei lebenden Säuglingen zu erforschen. Nach oft mühsamer Reinigung des Ohrcanals mittelst einer weissen, dünnen Kupfersonde (ausnahmsweise Spritze) gelang

die Untersuchung des Trommelfelles unter Anwendung einer intensiven Lichtquelle (elektrisches oder Sonnenlicht) ziemlich leicht, unter 47 Säuglingen wurde 37mal Mittelohrentzündung constatirt (28 mal doppelseitig). Es geht aus diesen Untersuchungen hervor, dass bei der Behandlung der Säuglinge die Ohren untersucht werden müssen, wodurch oft erst die Erkrankung festgestellt wird, da klinische Erscheinungen (Unruhe, Temperatursteigerung, Gewichtsabnahme, Greifen mit den Händchen nach dem Kopfe) oft ganz fehlen oder ganz uncharakteristisch sind. Häufig bestehen gleichzeitig bronchopneumonische Processe. Da sowohl durch Fortpflanzung der Mikroorganismen in die Schädelhöhle (Meningitis) oder in das Blut (Septicämie) der Tod eintreten kann, so muss eine gegen die Mittelohrentzündung direct gerichtete Therapie (Paracentese des Trommelfelles) eingeleitet werden.

Dermatologie und Syphilis.

1004. ***Zur Kenntniss der Verrucae planae juveniles.*** *Von Dr. **Carl Herxheimer** und Dr. **Carl Marx**, Frankfurt a. M. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 30.)*

Die Verff. schildern 29 Fälle der zuerst von *F. v. Hebra*, alsdann von *Thin* und zuletzt von *Besnier* und *Darier* unter dem Namen Verrucae planae juveniles beschriebenen Affection. Beide Geschlechter participiren ziemlich gleichmässig an der Affection. Ein Einfluss von constitutionellen Erkrankungen erscheint ausgeschlossen. Ein charakteristisches Moment ist der Sitz, indem nur Gesicht und Hand, beziehungsweise Fingerrücken befallen sind. Dass gelegentlich die Warzen sich bis in die Haare hinein ausdehnen können, ist nicht ausgeschlossen, wie bei der erwähnten 31jährigen Patientin und in einem anderen Falle constatirt werden konnte. Auch die Farbe der Warzen ist charakteristisch; sie ist gelblich-braun bis braunroth, bei jüngeren Individuen scheint sie mehr gelblich zu sein. Durch diese Farbe und die gleichfalls charakteristische plane Form der nur über das Hautniveau elevirten Geschwülstchen, die öfters im Centrum gedellt sind, und die glatte glänzende Oberfläche ist wohl schon öfter die Affection mit Lichen ruber planus verwechselt worden. Die Grösse und Gestalt der Wärzchen ist sehr variabel, erstere schwankt zwischen Hirsekorn- und Erbsengrösse. Dass sie manchmal mit gewöhnlichen Warzen vergesellschaftet auftreten, sei gleichfalls erwähnt. Subjective Symptome ausser geringem Jucken hier und da konnten nicht constatirt werden. Wenn sich somit die Verrucae planae juveniles von den vulgären Warzen durch das Alter der befallenen Individuen den Sitz, die Farbe, Form, Gestalt, Grösse, das Auftreten in grösserer Anzahl unterscheiden, so geschieht dies ganz besonders durch die Therapie. Freilich konnte bisher kein zuverlässiges Heilmittel gegen das in Rede stehende Uebel angegeben werden; die französischen Autoren verwandten gewöhnlich Seifenwaschungen oder andere antiseptische Mittel, soweit sie überhaupt über die Therapie berichtet haben, ganz neuerdings sind von ***Moraga***



Scarificationen empfohlen worden. Das von *Feulard* verordnete Magnesiapräparat war ohne Einfluss auf die Wärzchen. Auf Grund ihrer Beobachtungen glauben die Verf. den Arsenik als zuverlässiges Heilmittel empfehlen zu können; er wurde gegen gewöhnliche Warzen schon des Oefteren empfohlen, so neuerdings wieder von *Pullin* und *P. Müller*. Im Gegensatz zu diesen Autoren sind Verff. der Ansicht, dass gewöhliche Warzen durch Arsenik nicht günstig beeinflusst werden — gewisse Fälle ausgenommen. — Sie haben zur Controle 5 Fälle dieser Art (2 Männer und 3 Weiber) im Alter von 10—25 Jahren mit wenigstens 1 Grm. Acid. arsenicos. je ein Vierteljahr lang behandelt, doch ohne jeden Erfolg. — Einen eclatanten Beweis, dass die Verrucae planae juveniles durch Arsenik geheilt werden, die Verrucae vulgares dagegen nicht geheilt zu werden brauchen, liefern 2 in der Casuistik mitgetheilte Fälle. Hier fanden sich beide Formen zusammen; die planen heilten prompt auf Arsen, die anderen dagegen blieben bestehen und mussten später mittelst scharfen Löffels oder Paquelins entfernt werden. Scheinbar im Widerspruch hierzu steht ein anderer Fall. Hier fand neben der Heilung der juvenilen auch eine der gewöhnlichen Warzen statt; möglich also, dass in gewissen Fällen auch andere Warzen als die in Rede stehenden durch Arsen beeinflusst werden.

Was nun speciell die Behandlung der mitgetheilten Fälle anbelangt, so musste dieselbe so lange fortgesetzt werden, bis eine genügende Dosis Arsenik im Körper aufgenommen war. Verff. haben sowohl Sol. Cal. arsenicos. in Tropfenform, als Acid. arsenicos. in Pillenform innerlich und Sol. Natr. arsenicos. in subcutaner Injection verwendet. Von 29 Fällen wurden 23 vollkommen geheilt. — Im Allgemeinen schien es, als ob bei jungen Individuen die Heilung eine raschere sei als bei älteren. Verff. heben hervor, dass eine Selbstheilung der Verrucae planae juveniles zweifellos stattfinden kann.

1005. ***Gibt es einen Rheumatismus gonorrhoicus?*** *Von* ***J. A. Gläser.*** *(Jahrbücher der Hamburg. Staatskrankenanstalten. — Bd. III. Centralbl. f. innere Medicin. 1894. 43.)*

Verf. stellt zuerst die Ansichten verschiedener Autoren über das Wesen und die Art und Weise des Auftretens des Tripperrheumatismus zusammen und constatirt dadurch, dass dieselben sich sehr widersprechen und dass der grösste Theil aller differentialdiagnostischen Momente zwischen Rheumatismus blennorrhagicus und Rheumatismus articularis vulgaris durchaus relativer Natur sei. Das Fieber, der Schmerz, die Zahl der befallenen Gelenke, die Art und der Verlauf der Erkrankung bieten nur quantitative Abweichungen vom Rheumatismus vulgaris, das einzige nicht relative Zeichen sei der von mancher Seite behauptete Parallelismus im Verlaufe zwischen Rheumatismus blennorrhagicus und dem begleitenden Tripper. Dann berichtet Verf. über seine Untersuchungen an 380 Fällen von Rheumatismus polyarticularis, von denen einzelne in zeitlichem Zusammenhang standen mit Gonorrhoe oder Strictur, und kommt zu dem Schluss, dass es keinen Tripperrheumatismus gebe, insoweit als darunter etwas Anderes und mehr verstanden werden soll als das einfach zeitliche Beisammen-



sein, denn innerhalb des Begriffes des vulgären Rheumatismus selbst ergeben sich Differenzen, welche grösser sind als die angeblich vom Tripperrheumatismus ihn scheidenden. Der Nachweis von Gonococcen in den erkrankten Gelenken sei für den betreffenden pathologischen Process ohne Bedeutung, da der Gonococcus nur auf Schleimhäuten sein Wesen treibe, während anderweit erregte Störungen von ihm nur indirect herrühren als Folgen der pathologischen Vorgänge, die er in den Schleimhäuten veranlasst hat.

1006. ***Zur Therapie der staphylogenen Sycosis.*** *Von Dr. Leistikon, Hamburg. (Monatsh. f. prakt. Dermat. XVIII. 5.)*

Zur Behandlung des durch Staphylococcus pyogenes verursachten Leidens empfiehlt Verf. folgende Verfahren: Gegen Impetigopusteln und oberflächliche Folliculitis und Perifolliculitis pustulosa Schwefelpuder oder Pasten, entweder Pasta Zinci sulfurata, eventuell mit Zusatz von 5% Acid. carbol. sive Acid. salicyl. oder Pasta Zinci vulgaris mit Resorcin und Sublimat im Verhältniss von 30:1:0·1. Hartnäckigere Herde werden mit 20- bis 50%igem Resorcinspiritus oder Acid. carbol. conc. geätzt. Bei secundären Reizerscheinungen Zinkschwefelsalbenmull- oder Resorcindunstverband; daneben in allen Fällen Gebrauch der überfetteten Grund-Schwefel- oder $Hg\,Cl_2$-Seife. Bei tiefer Sycosis mit derber Infiltration ist zunächst Quecksilbercarbolpflastermull zu benutzen. Hartnäckigere Erkrankungsherde müssen mit Resorcin-, eventuell Salicylcreosotpflastermull oder Aetzung mit 20—50%igem Resorcinspiritus oder concentrirter Carbolsäure behandelt werden. Besonders schwierige Fälle erfordern eine 5%ige Pyrogallol- oder Chrysarobinsalbe.

1007. ***Beiträge zur abortiven Behandlung der blennorrhoischen Urethritis.*** *Von Dr. H. Feleki. (Centralbl. für die Harn- u. Sexualorgane. 1894. 4 u. 5.)*

Die abortive Behandlung soll das Fortschreiten des gonorrhoischen Processes gleich zu Beginn der Krankheit verhindern, also die Vollsymptome des Uebels gar nicht aufkommen lassen. *Ricard's* Methode, durch starke (0·5—1·0 : 30) Lapisinjectionen das Uebel sofort anzugehen, führt zu so stürmischen Irritationserscheinungen, dass er sowohl, als auch seine Nachfolger davon abliessen. Auch mit den in neuerer Zeit versuchten Aetzstoffen, wie Chloroform, Kali caustic. und Sublimat, ging es nicht besser. Ebensowenig konnten sich die protrahirten Irrigationen der Urethra mit Sublimat, Resorcin, Kreosot, hochpercentigem Kali hypermangan. einbürgern, denn sie richten oft genug Schaden an. Ebenso resultatlos sind die mechanischen Epithelabwischungen mit nachfolgenden Irrigationen behufs Entfernung des Gonococcus von der Oberfläche und aus den tieferen Stellen der Submucosa, welche auf den schon bestehenden Irritationszustand enorme Schmerzen, Schwellungen der Gewebe, Complicationen und Verschlimmerung hervorrufen, ohne die Heilungsdauer abzukürzen. Verf. führt seine Abortivcur in folgender Weise durch: Nachdem der Kranke urinirt hat und die Gonococcenuntersuchung vorausgeschickt wurde, wird ein starkes Endoskop in die vordere Harnröhre eingeführt und unter Ocularinspection bis über die Grenze der krank erscheinenden Stelle geschoben. Dieses Terrain ist quasi endoskopisch für den

nachfolgenden Eingriff abgesteckt. Nun wird dieses Gebiet mit einem in 5%ige Lapislösung getauchten Wattetampon gründlich und gleichmässig ausgepinselt, so zwar, dass alle Falten und Nischen der Schleimhaut mit dem Causticum in innigen Contact kommen. Die anfänglich starken Schmerzen schwinden nach einer Viertelstunde, um einem Gefühle des Unbehagens Platz zu machen. Der Kranke kann nach dieser Procedur ruhig nach Hause fahren, um nach 2—3 Stunden ohne viel Bewegung seinem Berufe nachzugehen. Die nach einer solchen Auspinselung auftretende Reaction besteht in Schmerzen während des Urinirens durch 2—3 Tage und in reicher, anfangs eiteriger, trüber, später schleimiger Absonderung durch 3—4 Tage. Nur wenn das Uebel im allerersten Stadium seiner Entwicklung sich befindet, kommt man mit einer Pinselung aus; ist die Entzündung etwas intensiver gewesen, so muss nach drei Tagen eine neuerliche, etwas weniger energische Pinselung platzgreifen. Nimmt die Secretion nach der Pinselung nicht ab, so machen die Kranken einige adstringirende Injectionen. Die Gonococcenuntersuchung zeigt, ob das Uebel behoben ist oder nicht. Nach etwa 9 Tagen sah Verf. Heilung ohne Complicationen eintreten.

1008. ***Zur Lehre von den Arzneiausschlägen.*** *Von Prof.* ***Caspary****, Königsberg. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894. XXVI. 1, pag. 11. — Schmidt's Jahrb. 1894. 7.)*

Ein Student bekam viermal Schübe eines pemphigoiden Exanthems, bis sich herausstellte, dass dieses durch Antipyrin verursacht war, welches er jedesmal wegen Katzenjammers genommen hatte. Ein Fall, in dem ein Mann immer 2 Tage nach einer tüchtigen Kneiperei von acutem umschriebenen Oedem der oder jener Körperstelle befallen wurde, bildet ein Gegenstück zu dem Falle *Joseph's*, in dem sich ebenfalls Alkoholgenuss als die Ursache von Oedema circumscriptum herausstellte. Die Blasenausschläge nach Antipyrin und Chinin äussern sich gern auf den Lippen oder an den Genitalien, weshalb sie öfters mit syphilitischen Erscheinungen verwechselt werden. *Auspitz* beobachtete nach Chinin: scharlachartiges Erythem, Papelerytheme wie bei Masern, Hämorrhagien, Purpura, endlich Quaddeln und Oedeme. Verf. beobachtete nach Jodkalium nässendes Ekzem im Gesicht und auf beiden Vorderarmen.

1009. ***Ein Fall von Salicylexanthem.*** *Von Dr.* ***Emil Beier****, Bern. (Arch. f. Dermat. u. Syph. XXVIII. 1.) — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 84.)*

Bei einem 27jährigen Handlanger, der bereits sechsmal im Spital an Gonorrhoe, Ulcus molle und Lues behandelt worden war, trat wenige Tage nach dem internen Gebrauche von Natron salicylicum beinahe am ganzen Körper ein rothfleckiger, besonders Nachts stark juckender Hautausschlag auf, der auch nach dem Aussetzen des Mittels noch vier Wochen lang in frischen, wenn auch nur vereinzelten Efflorescenzen sich äusserte. Die einzelnen, hellroth gefärbten, ovalen oder runden Herde zeigten einen ausgesprochenen serpiginösen Charakter, durch Confluiren bildeten sich guirlanden- und landkartenähnliche Figuren, deren Rand mit zahlreichen, stecknadelkopf- bis bohnengrossen Blasen besetzt war.

Der Beweis, dass es sich thatsächlich in diesem Falle um ein durch Salicylgebrauch hervorgerufenes Exanthem handle, liess sich leicht durch das Experiment erbringen. Denn sowohl nach erneuter Verabreichung von Natron salicylicum trat jedesmal wieder eine frische Eruption auf, als auch gelang es, durch äusserliche Application der Salicylsäure in Gestalt von Pflaster und Compressen local das specifische Exanthem hervorzurufen.

1010. ***Zur Behandlung der Leukoplakie.*** *Von Dr. **Rosenberg,** Hamburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 37.)*

Ein Patient, der vor 20 Jahren mit einem Ulcus penis ohne jede weitere Folgekrankheit behaftet war, litt nunmehr 7 Jahre lang an Leukoplakie. Die sehr schmerzhaften Geschwüre trotzten jeder Behandlung. Resorcinmundbäder, Pinselungen mit Milchsäure, Jodoform, Methylenblau, Rauchverbot waren ohne jeden Nutzen. Schliesslich wurden Pinselungen mit 20% Jodkalilösung verwandt, und zwar nur mit eclatantem Erfolg. Nach heftigem anfänglichen Schmerz, der aber bald nachliess, heilte das schmerzlos gewordene Geschwür unter weiteren Pinselungen in wenigen Tagen ab, ebenso wurden entstehende Geschwüre unter dieser Behandlung rasch zur Heilung gebracht. Rauchen und der Genuss reizender Speisen schadeten nichts. Verf. glaubt auf Grund dieses Falles die 20% Jodkalilösung bei Leukoplakie angelegentlichst empfehlen zu können.

Gerichtliche Medicin, Criminal-Anthropologie, Toxikologie.

1011. ***Fahrlässige Tödtung durch unterlassene Sorge für Hilfe bei der Geburt.*** *Von Dr. **Kornfeld,** Sanitätsrath in Grottkau. (Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. 1894. 4. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 82.)*

Bekanntlich wird eine grosse Anzahl von Kindsmörderinnen deshalb freigesprochen, weil wegen Fäulniss nicht mehr nachgewiesen werden kann, dass das Kind gelebt hat oder dass es nicht auch aus natürlichen Ursachen hat sterben können, oder auch weil das Kind gar nicht mehr auffindbar war. Der Richter begnügte sich bisher, nur den § 367 (Mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft wird bestraft, wer ohne Vorwissen der Behörde einen Leichnam beerdigt oder beiseite schafft . . .) bei solchen zweifelhaften Kindstödtungen gegen die Mutter anzuwenden. Zum ersten Male in der gerichtsärztlichen Praxis des Verf. ist neuerdings in einem Falle eine erhebliche Bestrafung der Angeklagten nach § 222 (Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängniss bis zu drei Jahren bestraft) eingetreten. Die Angeklagte gab an, dass sie sich ihres Zustandes erst zwei Monate vor ihrer Niederkunft bewusst war, aber keinerlei Vorbereitungen für dieselbe getroffen hatte. Sie hat angeblich die Absicht gehabt, ihren Dienst in Kürze zu verlassen und zu ihrer Entbindung in der geburtshilflichen Klinik Aufnahme zu suchen, und will durch die Geburt



des Kindes überrascht worden sein, indem diese durch den Genuss *Morrison*'scher Pillen, die sie einige Tage zuvor von der Dienstherrschaft erhalten, beschleunigt worden sei. Richterlicherseits wurde der Angeklagten der Vorwurf der Fahrlässigkeit gemacht; denn, da sie den ungefähren Zeitpunkt ihrer Conception, sowie die Dauer einer Schwangerschaft gekannt hat, so musste sie bei Anwendung derjenigen Aufmerksamkeit und Ueberlegung, die man bei ihrer Persönlichkeit als gewöhnlich voraussetzen kann, den Charakter der Wehen rechtzeitig erkennen und sich sagen, dass der Mangel jeglichen Beistandes bei der Niederkunft das Leben des zu erwartenden Kindes in Gefahr setzen und dessen Tod herbeiführen konnte. Die Angeklagte wurde daher für schuldig befunden, durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht zu haben (§ 222) und mit 6 Monaten Gefängniss bestraft; da sie ferner die Kinderleiche 10 Tage in ihrem Koffer verborgen liess (§ 367), wurden ausserdem noch 4 Wochen Haft gegen sie erkannt. Von Bedeutung ist in diesem bemerkenswerthen Urtheile besonders der Grundgedanke, dass die normalen Verhältnisse der Schwangerschaft und Entbindung unerschütterlich festzuhalten sind. Verf. erinnert am Schlusse seiner Arbeit noch daran, dass hier auch der § 221: Aussetzung einer hilflosen Person, für deren Unterbringung etc. Jemand zu sorgen hat, die bei Verursachung des Todes viel härter bestraft wird — in Anwendung kommen könnte.

1012. ***Ein Fall von acuter Phosphorvergiftung. Blutung in die Nervi vagi, Compression des Ductus thoracicus und fehlender Icterus, Glycosurie.*** *Von Dr.* ***Reichel.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1894. 9 u. 10. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 30.)*

Ein 24jähriges Mädchen trank eine Lösung von 18 Päckchen Phosphorzündhölzchen in Oel (etwa 7 bis 8 Grm. Phosphor). Im Anfang der Beobachtung die gewöhnlichen Erscheinungen der Phosphorvergiftung, aber schon am folgenden Tage machen sich starke Pulsfrequenz, Arhythmie, Gefühl von Herzstillstand, Dyspnoe auffällig bemerkbar; dann heftiger Singultus, während sehr das Fehlen des Icterus auffallen musste. Der in den letzten 24 Stunden entleerte Urin enthielt 1·3% Zucker. Bei der Autopsie erschienen beide N. vagi durch Blutungen in ihre Scheide und in ihre Substanz in schwarzrothe Stränge umgewandelt, welche blutige Infiltration nach aufwärts bis an die Schädelbasis, nach abwärts bis an den Lungenhilus reichte. Der Ductus thoracicus in seinem Brusttheil auf eine mehrere Centimeter lange Strecke blutig suffundirt und durch das Extravasat seiner Umgebung in seiner Wand verlegt, während er unterhalb etwas erweitert ist und blutig tingirte Flüssigkeit enthält. Oberhalb der suffundirten Stelle ist er wieder weiter. Leber hochgradigst fettig degenerirt mit einzelnen Partien im Stadium der Resorption.

1013. ***Verminderte Widerstandsfähigkeit der Uteruswand - Sondenperforation.*** *Von Dr.* ***Walzberg.*** *(Arch. f. klin. Chir. XLVII. — Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1894. 4.)*

In solchen Fällen fühlt man beim Einführen des Instrumentes nicht wie sonst das obere Ende des Uterus an dem Widerstande im Fundus, entsprechend der durch vorausgegangene



bimanuelle Untersuchung festgestellten Grösse des Organs, „man zieht vielmehr das Instrument erstaunt und erschreckt zurück, führt es wieder noch ängstlicher und behutsamer ein und — wieder mit demselben Resultat! Untersucht man jetzt vorsichtig tastend den Leib, so fühlt man den Sondenknopf und lässt die Kranke in der bestimmten Erwartung einer Peritonitis in's Bett tragen". In 2 derartigen Fällen des Verf. blieb indess letztere aus. Bei einer dritten Kranken, deren Blutungen eine zweimalige Auslöffelung binnen 6 Wochen anzeigten, fand Verf. das gleiche Verhalten beide Male. Als nach mehreren Monaten die Castration erforderlich wurde, führte Verf. zuvor wieder die Sonde ein und liess sie von einem Assistenten fixiren, nachdem er sie etwa 4 Finger breit oberhalb der Symphyse gefühlt hatte. Bei der Laparotomie ergab sich nun, dass die Sonde den Uterus ziemlich in der Mitte des Fundus durchbohrt hatte und in einer Länge von 10 Cm. frei zwischen den Darmschlingen lag. Der Uterus war von normaler Festigkeit; die Perforationsstelle blutete ein wenig, schloss sich aber nach dem Zurückziehen der Sonde rasch wieder. Auch in der Umgebung der Wunde zeigte das Uterusgewebe keinerlei makroskopische Veränderungen. Verf. vermuthete in seinen 3 Fällen eine durch zurückgebliebene zerfallene Placentarreste an deren Haftstelle hervorgerufene entzündliche Erweichung der Muscularis. Wäre eine solche Uterusperforation einem Anfänger passirt und letal verlaufen, so wäre er vermuthlich wegen fahrlässiger Körperverletzung verurtheilt worden.

1014. ***Mord durch Stichwunden. Bestimmung der Todeszeit.*** *Von Prof. v. Hofmann. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. VII. 5, pag. 77.)*

Eine 46jährige Frau war durch Stichwunden am Halse getödtet worden. Der Tod war durch Verblutung eingetreten. Bei der Obduction war die Todesstarre noch in leichtem Grade an den Extremitäten erhalten, die Fäulnisserscheinungen waren gering: durch die Umstände wurde es wahrscheinlich gemacht, dass der Mord schon 7 Tage vor der Obduction geschehen war, und es fragte sich, ob der Befund an der Leiche sich mit dieser Annahme vereinigen liess. Die Gerichtsärzte hielten es für möglich, ebenso Verf. in einem Obergutachten: Allerdings sei die Todtenstarre in der Regel 72—84 Stunden nach dem Tode verschwunden, unter den vorliegenden Umständen aber (gewaltsamer Tod, Verblutung, Liegen der fast nackten Leiche in einem kalten Zimmer bei Aussentemperaturen von 1·5—13·2°) hätte sie sich auch länger halten und die Fäulniss später eintreten können. Ferner unterstützen die im Verhältniss zur sonstigen Blutarmuth der Leiche auffällige Entwicklung der Todtenflecke, der eingetrocknete Zustand des reichlich ergossenen Blutes und der breiige Zerfall des Gehirns in die Gegend der erweiterten Gehirnkammern die Annahme, dass der Tod schon längere Zeit vor der Section erfolgt war.



Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

1015. ***Die Berufskrankheiten der Porzellanbrenner.*** *Von Dr.* ***Theodor Sommerfeld****, Berlin. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. XIV. 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 82.)*

Neben dem bei Verarbeitung des Materials sich entwickelnden Staube ist bei den Formern und Drehern die sitzende Lebensweise von gesundheitsschädlichen Einfluss. In einigen Fabriken, in denen besonders feines Gut verarbeitet wird, kommt es vor, dass bei Herstellung von flachen Gegenständen die noch feuchte Waare von der Gypsform abgeblasen werden muss, da sie andernfalls leicht Sprünge bekommen würde; dieses Abblasen stellt grosse Anforderungen an die Thätigkeit der Lungen. Von allen Porzellanarbeitern erlernen nur die Dreher und die Former ihr Handwerk meist vom 15. Lebensjahre ab in fünfjähriger Lehrzeit, treten somit zu einer Zeit in den gefährlichen Beruf, wo die Lungen den Schädlichkeiten gegenüber noch wenig widerstandsfähig sind; die Brenner und Glasurer gehen meist aus (erwachsenen) Tagearbeitern hervor. Die höchste Sterblichkeitsziffer wird zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr beobachtet. Bei den Drehern wurde ein Durchschnittsalter von 38 Jahren $1^1/_4$ Monat, bei den Malern ein solches von 36 Jahren 4 Monaten, die grösste Sterblichkeit bei ersteren im Alter von 40—50, bei den Malern in dem jugendlichen Alter von 20—30 Jahren berechnet. Verf. untersuchte die in der königl. Porzellanmanufactur beschäftigten Arbeiter auf ihren Gesundheitszustand und fand, dass an Krankheiten der Athmungsorgane litten: Schleifer 58·9%, Glasurer 52·8%, Schlämmer 46·5%, Ofenarbeiter 35·8%, Thontreter 33·3%, Dreher 31·9%, Maler 31·6%; an Tuberculose: Glasurer 28·8%, Schlämmer 26%, Schleifer 25%, Ofenarbeiter 20·5%, Dreher 16%, Maler 15%. In Uebereinstimmung mit *Hirt*, *Eulenberg* u. A. sieht Verf. die Hauptschuld in der Einathmung des mineralischen Staubes und der schlechten Körperhaltung. Bei Beurtheilung der Staubbelästigung muss zwischen derjenigen Menge unterschieden werden, welche sich bei den einzelnen Arbeitsverrichtungen vor dem Gesicht des Arbeiters entwickelt, und derjenigen, welche die meisten Arbeitsräume dauernd erfüllt und die in denselben sich aufhaltenden Personen auch dann belästigt, wenn sie selbst keinen Staub entwickeln. An letzterem trägt die oft schlechte Beschaffenheit der Arbeitsräume schuld. Die Arbeitsräume sollen zu Trocken- und Lagerräumen der noch nicht gar gebrannten Waare nicht benutzt und täglich von Staub gereinigt werden. Häufiges Reinigen und nasses Aufwischen der Tische und wiederholtes Tünchen der Wände ist auch mit Rücksicht auf die Uebertragung der Schwindsucht nothwendig, ebenso das Aufstellen von Speinäpfen. Soweit möglich, ist auf nassem Wege zu arbeiten, der Benutzung bedeckter Behälter möglichster Umfang zu geben und den Arbeitern, die dem Staub ausgesetzt sind, besonders den jugendlichen, das Tragen eines Respirators zur Pflicht zu machen. Die schlechte Körperhaltung kommt besonders bei den Malern in Betracht, bei denen dies die einzige Schädigung bildet, und die trotzdem zu 50% an Tuberculose erkranken und

sterben. Dies erklärt sich zum Theil auch dadurch, dass zu der körperlich leichten Beschäftigung sich vielfach schwächliche Personen melden und bei der Annahme nur auf Fertigkeit im Zeichnen Rücksicht genommen wird. Auch die Arbeitszeit der Porzellanarbeiter erwies sich vielfach als zu lang; sie schwankte zwischen 8 und 14 Stunden ohne Ueberstunden.

1016. ***Ueber geisteskranke Verbrecher und geisteskranke Häftlinge.*** *Von Prof. Dr.* ***L. Kirn,*** *Freiburg i. B. Verhandl. des 8. internat. Congresses f. Hygiene u. Demographie in Budapest 1894.*

1. Geistesstörungen werden in allen Strafanstalten ungemein viel häufiger (etwa 10mal so häufig) als in der frei lebenden Bevölkerung beobachtet. 2. Die Ursachen derselben liegen zum grösseren Theile in der Qualität der eingelieferten Sträflinge, zum kleineren Theile in den Lebensbedingungen innerhalb der Strafanstalt. Ein kleinerer Percentsatz war schon zur Zeit der incriminirten That geisteskrank, ist also ungerecht verurtheilt worden. Weitaus die meisten erkranken erst in der Strafanstalt, oder sie haben die krankhafte Veranlagung mit eingebracht. Sie sind prädisponirt durch ererbte Veranlagung, durch ein Leben, reich an Entbehrungen und Excessen, durch Syphilis, Kopftrauma u. A. m. und besitzen keine Widerstandsfähigkeit. Das Gefängnissleben kann schädigen durch ungenügende Nahrung, verdorbene Athemluft und widrige psychische Einflüsse. Die Einzelhaft ist für die Veranlagten gefährlicher als die gemeinschaftliche Einsperrung. 3. Die Psychosen der Sträflinge, welche im Allgemeinen keinen specifischen Charakter haben, verlaufen entweder acut oder chronisch. Die acuten entstehen zumeist in der Einzelhaft und stellen sich als hallucinatorische Psychosen (Melancholik oder Paranoia) mit günstiger Prognose dar. Die chronischen, in der Regel in gemeinschaftlicher Einsperrung entstanden, sind fortschreitende geistige Schwächezustände bis zur Dementia, mitunter mit überwiegendem sichtlichen Blödsinn, oder es sind Fälle von Paranoia, namentlich von Verfolgungswahn oft mit gemeingefährlichem Auftreten. 4. Die Prophylaxe beruht in erster Linie in einer nach jeder Richtung hin Geist und Körper kräftigenden Volkserziehung mit besonderer Berücksichtigung der veranlagten und defecten Individuen, in zweiter Linie in einer durchaus hygienischen Einrichtung der Strafanstalten, sowie in einer steten Fürsorge für ein gesundheitsgemässes Leben der Gefangenen. Die acuten Psychosen sollen im Lazarethe der Strafanstalt von dem psychiatrisch ausgebildeten Hausarzte behandelt werden, die chronischen gehören in die Irrenanstalt; sammelt sich dort eine grössere Zahl an, so ist es rathsam, dieselben in einem besonderen Adnex unterzubringen, damit sie andere Kranke nicht demoralisiren oder stören.

1017. ***Heteromorphismus der Bacterien unter dem Einflusse der Lithionsalze.*** *Von Dr.* ***N. Gamalei.*** *(Wratsch. 1894. 19 u. 20. — Beilage der St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 8.)*

Unter Heteromorphismus (analog der gebräuchlichen Bezeichnung in der Zoologie) versteht Verf. das Auftreten morphologisch verschiedenartiger Bacterien ein und derselben Species unter gewissen äusseren Bedingungen. Bei Zusatz von 0·5—1·0 LiCl. zu einer Cholerabouilloncultur bemerkte Verf. eine Reihe hetero-



morpher Bacterien, die im Allgemeinen 3 Typen darstellen. Am zahlreichsten waren gigantartige Spirillen vertreten. Diese zeichneten sich durch ihre beträchtliche Dicke und Länge aus und waren um ihre eigene Achse stark gedreht. Daneben fielen kugelförmige oder amöboide Formen auf, die bald auffallend blass, bald stark gefärbt erschienen und manches Mal einen körnigen Inhalt mit krystallinischem Glanz erkennen liessen. Die 3. Form stellt ein filzförmiges Gewebe dar, das aus unzähligen feinen Fädchen bestand. Hin und wieder machte diese Form den Eindruck, als sei dieselbe nur ein Ausläufer der oben beschriebenen Spirillen. Der Typhusbacillus zeigte bei Zusatz von Lithion zur Bouillon oder Gelatine genau dieselben Verhältnisse. Andere Bacterienarten dagegen, wie die Milzbrand- und Diphtheriebacillen, zeigten keine Neigung zum Heteromorphismus. Andererseits fehlte dieser bei den Cholera- und Typhusbacterien bei Zusatz von Natron, Kalium, Caesium und Rubidium. Was die Lebensfähigkeit der gefundenen, heteromorphen Bacterien betrifft, so muss man sich dahin entscheiden, dass die gigantartigen Zellen wohl lebensfähig sind, da sie ihre Eigenart beim Ueberimpfen auf gewöhnliche Nährgelatine behalten; in Betreff der anderen Gebilde ist die Frage ihrer Lebensfähigkeit nicht entschieden.

1018. ***Die Natur der vaccinalen Immunität.*** *Von* ***S. P. Kramer*** *und* ***R. Boyce.*** *(The Brit. med. Journ. 1893. 1714. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 41.)*

Nach Analogie mit anderen Infectionskrankheiten sollte man vermuthen, dass auch das Serum vaccinirter Thiere anderen Immunität verleihen könne. Bisher waren diesbezüglich nur von französischen Forschern Experimente mit Blutübertragungen solcher Thiere gemacht worden (*Chauveau*, *Strauss*, *Raynaud* u. A.), und zwar mit negativem Resultate, was die Erzielung einer Immunität betrifft. Verff. benützten bei ihren Versuchen nur Serum in der Menge von $^1/_2$—$2^1/_2$ Litern zu subcutanen Injectionen bei Kälbern (6 Fälle); bei den ersten 5 Versuchen wurde das Blut zur Gewinnung des Serums den Kälbern 10—14 Tage nach der Impfung entnommen; im 6. Falle im Stadium der vollsten Eruption der Vaccine. Das Serum wurde täglich in der Menge von 100—300 Ccm. subcutan injicirt; keine locale Reaction; sofort nach Aufhören der Injectionen wurde das Thier geimpft. Hierbei ergab sich die bemerkenswerthe Thatsache, dass bei 5 von den Kälbern die nachträgliche Impfung vollkommen haftete, selbst bei denjenigen Thieren, welchen $2^1/_2$ Liter Serum injicirt worden waren. Nur bei einem Kalbe (1240 Grm. Serum) blieb die Impfung erfolglos; entweder wurde hier wirklich eine künstliche Immunität erzielt oder aber das Thier war vom Hause aus immun. Die Verff. wollen ihre Versuche noch weiter fortsetzen und auch auf Affen ausdehnen.

1019. ***Bleivergiftungen in Folge der Verwendung von geschmolzenem Bleizucker zum Ausbessern eines Mühlsteines.*** *Von* ***Pritzkow.*** *(Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskh. XVII, pag. 194. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 41.)*

In Lang-Göns bei Giessen erkrankten im November und December 1893 eine Anzahl von Personen an Bleicolik. Da alle ihren Mehlbedarf aus ein und derselben Mühle gedeckt hatten,



wurde die Untersuchung bald auf den richtigen Weg geleitet. Mehl und Brot waren bleihaltig, ebenso der Gyps und die Füllmasse des Mühlsteines, während der Stein selbst bleifrei war. Bei weiterer Untersuchung ergab sich, dass die Füllmasse aus reinem Bleizucker bestand. Vermuthlich handelt es sich um eine verhängnissvolle Verwechslung.

1020. ***Chinesischer Thee und die Pest.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1894. 41.)*

In Anbetracht der Thatsache, dass in China die Pest wüthet, ist die Frage keine müssige, ob eine Gefahr im Gebrauche des aus jenen Districten bezogenen Thees liege. Das „British Med. Journal" verneint diese Frage. Insoweit die Erfahrung und die von *Kitasato* angestellten Experimente es lehren, überdauert der Pestkeim, wenn nicht besondere Bedingungen ihm geboten werden, nicht lange die Entfernung vom menschlichen oder thierischen Körper. Er erfordert zu seinem Bestehen ein feuchtes Medium und geht, dem Lichte und der Luft ausgesetzt, bald zu Grunde. Jede Aengstlichkeit in dieser Beziehung wird wegfallen, wenn man bedenkt, dass die Pest in Süd- und West-China vier Jahre schon herrschte, bevor sie in Hongkong und Canton sich zeigte, trotz der bestehenden Handelsbeziehungen. Es ist höchst wahrscheinlich, dass die Pest nur durch ein menschliches oder thierisches Wesen verschleppt werden könne; da ferner die Incubationszeit wahrscheinlich nicht mehr als acht Tage dauert, so genügt eine leichte, ärztliche Aufsicht, um unsere Länder von dieser Geissel zu bewahren. Man braucht deshalb kein Bedenken zu tragen, indischen Thee zu trinken, weil die Cholera in Indien endemisch ist, oder chinesischen Thee, der ja zumeist ein Gewächs von Foochow oder Hankow ist, also hunderte Meilen von Hongkong oder Canton entfernt, da die Seuche gegenwärtig nur in einem verhältnissmässig kleinen District des weiten chinesischen Reiches herrscht.

1021. ***Ueber die specifische Wirkung des Commabacillus.*** *Von Dr.* ***Blachstein.*** *(Vortrag in der med. Gesellsch. zu Berlin. Juli 1894. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 42.)*

Vortr. hat in der Ueberzeugung, dass gerade für die Züchtung des Commabacillus der Nährboden eine besonders wichtige Rolle spielt, diesen mehr den biologischen Verhältnissen des Mikroorganismus anzupassen gesucht. Die Hauptansprüche stellt der asiatische Commabacillus an die Salze. Zunächst macht sich der Umstand bemerkbar, dass die Commabacillen eine Art von Incubation im Salpeter durchmachen müssen, und zwar spielt vermuthlich das Sauerstoffmolecül im Salpeter dabei die Hauptrolle. Setzt man nun ein Phosphat hinzu, so hat man ein sehr kräftiges Virus vor sich. Es ist zur Herstellung dieser Virulenz der Bacillen durchaus nothwendig, dass sie von dem mit Salpeter versetzten Nährboden auf Phosphatnährboden übertragen werden. Vortr. bezeichnet diese Virulenz mit dem Namen der freien Virulenz. Die Bacterien, welche auf dem Nitratboden sich befinden, zeigen dagegen latente Virulenz. Das Princip, auf welchem diese Virulenzerhöhung beruht, ist lediglich das der Bacterienernährung. Auch Diphtherie- und Tetanusbacillen können sich in ihrer Virulenz abschwächen und diese durch



sorgfältige Berücksichtigung der Nährböden wiedergewinnen. Diese Methode macht uns unabhängig vom Kranken und gewährt die Möglichkeit, die Virulenz immer wieder aufzufrischen. In der Vermuthung, dass vielleicht auch der Stickstoff in Betracht kommt, hat Vortr. den Commabacillen andere stickstoffhältige Körper geboten. Bei diesen Untersuchungen fand er, dass Ammoniaksalze die Virulenz nicht beeinflussen und ferner, dass einige der Amine das Wachsthum der Bacterien ungemein schädigen. Namentlich die Gruppe der Azokörper, welche den Bacterien einen grossen Reichthum an Stickstoffcomplexen darbieten, inhibire das Wachsthum der Commabacillen in hohem Masse. Diese Körper sind nach dieser Richtung dem Sublimat und den stärksten Giften an die Seite zu stellen.

Literatur.

1022. ***Cursus der topographischen Anatomie.*** *Von Dr.* ***N. Rüdinger,*** *o. ö. Professor der Anatomie an der Universität München. III. vermehrte und erweiterte Auflage. Mit 79 zum Theil in Farben ausgeführten Abbildungen. München und Leipzig, Verlag von J. F. Lehmann, 1894. VIII u. 221 S. 8°.*

Der vorliegende Cursus der topographischen Anatomie, welcher drei Jahre seit seinem ersten Erscheinen nunmehr in dritter Auflage vorliegt, verdient diese rasche Verbreitung durch die präcise und klare Fassung des darin enthaltenen Lehrmateriales. Indem der Verf. die Darstellung gleichsam an die Präparation der einzelnen Körperregionen vor den Augen der Zuhörer anschliesst, erhält dieselbe eine das Interesse fesselnde Lebhaftigkeit, welche sich auch auf den Leser des Buches mit Hilfe der äusserst sorgfältigen und zahlreichen Illustrationen überträgt. So dient das Buch nicht nur dem Studirenden der Anatomie und der Chirurgie, sondern auch dem praktischen Chirurgen, der sich über die anatomischen Verhältnisse einer Körperregion rasch und sicher orientiren will. Die Ausstattung ist eine vorzügliche. —*r.*

1023. ***Versuch einer Theorie der septischen Krankheiten auf Grund experimenteller Untersuchungen.*** *Von Dr.* ***Alexander Marmorek,*** *Operateur der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Prof. Chrobak in Wien. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1894. 131 S. 8°.*

Verf. führt in der Einleitung aus, dass trotz der bedeutenden Fortschritte der Chirurgie, welche durch die Anwendung der Antiseptik, des Weiteren der Aseptik erreicht wurden, noch immer die Leistungen des Chirurgen von der septischen Infection bedroht sind. Er stellt sich daher das Ziel, die Heilung der septischen Infection zu erstreben und betritt zunächst den Weg der Forschung, um die Erreger der septischen Infection, deren Naturgeschichte, den Weg, den sie einschlagen, die Krankheiten, die sie erzeugen, kennen zu lernen. Durch seine Studien wurde Verf. selbstverständlich auf den Weg des Experimentes gedrängt und er legt in der vorliegenden Schrift die Resultate seiner Studien und Versuche nieder. Wir machen alle Fachmänner der Chirurgie auf diese an neuen Thatsachen und neuen Schlussfolgerungen in Bezug auf die zu lösende Frage werthvolle Studie, die Verf. seinem Vorstande Professor



Dr. *Rudolf Chrobak* gewidmet hat, aufmerksam. Verf. gelangt am Schlusse zu folgender Determination der septischen Erkrankung: „Zu den septischen Bacterien gehören also nur der Streptococcus pyogenes und der Staphylococcus aureus; die durch sie hervorgerufene Erkrankung mit allgemeinen Symptomen nennen wir Septicämie. Diese umfasst demnach eine grosse Menge von Krankheitsformen, denen allen nebst den gleichen Erregern die septische Intoxication zukommt. Wir können aber diese Krankheiten auch darnach eintheilen, dass wir die Schutzorgane, in denen sie sich abspielen, als Eintheilungsprincip wählen. Erysipel, Phlegmone und Carbunkel sind somit Formen der Septikämie, welche sich innerhalb des Schutzorganes erster Ordnung abspielen, Lymphangoitis und Lymphadenitis jene im Organ zweiter Ordnung und Sepsis und Pyämie jene im höchsten dritten Schutzorgane. Die kleinen localen Eiterungen (Furunkel), die ohne Allgemeinerscheinungen, ohne septische Intoxicationen verlaufen, gehören nicht zur Septicämie.“ *m.*

1024. ***Schmerzlose Operationen, örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes.*** *Von Dr. C. L. Schleich. Mit 32 Abbildungen im Text. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1894. X. 276 S. 8°.*

Der Zweck der vorliegenden Darstellung des Verf. ist, die Aerzte für die Anwendung der von ihm zuerst entdeckten und nun schon in mehr als 2000 Fällen geprüften Infiltrationsanästhesie zu gewinnen. Demgemäss schildert er im einleitenden Theile des Werkes auf Grundlage einer psychophysikalischen Analyse der Narcose die principielle Unmöglichkeit, dass ein Inhalationsanästheticum ganz ungefährlich sein könne. Dabei legt er auch die durch eigene Experimente an Menschen und Thieren festgestellten, sehr interessanten Beziehungen dar, welche zwischen Siedepunkt des Narcoticums und der Körpertemperatur des Narcotisirenden bestehen. Verf. hofft durch Einstellung der Siedepunkte verschiedener Aethergemische auf die Körpertemperatur des Individuums, welches narcotisirt werden soll, auf Grund der hier zuerst mitgetheilten Versuche durch zielbewusstes Individualisiren bei der allgemeinen Narcose, auch die Gefahren der Inhalationsanästhesie erheblich herabzusetzen. Durch die vom Verf. in diesem Werke mitgetheilte Methode der localen Anästhesie — die Anästhesie durch Infiltration — durch künstliche Oedemisirung des Operationsgebietes sollen zum Mindesten 90% aller Narcosen überflüssig werden. Es würde den Rahmen einer Besprechung weit übersteigen, wenn wir an dieser Stelle die Methode des Verf. ausführlich schildern wollten. Wir müssen uns begnügen, kurz anzudeuten, dass dieselbe auf dem Princip einer vollendeten künstlichen Oedemisirung des Operationsgebietes beruht. Die Oedemisirung wird durch Injection von geeigneten anästhesirenden Flüssigkeiten unter die Cutis erreicht. Dabei wird nur das ödemisirte Gebiet anästhetisch, und zwar tritt die Anästhesie im Momente der Etablirung des künstlichen Oedems ein. Die Wirkung braucht nicht abgewartet zu werden, sie ist sofort vorhanden. Wir sind überzeugt, dass die chirurgische Praxis aus den sorgfältigen Versuchen Verf.'s Nutzen ziehen wird. Damit dies erreicht werde, ist es aber nothwendig, dessen Verfahren ganz genau zu studiren. Wir beenden somit unsere kurze Anzeige mit der Aufforderung an unsere chirurgischen Fachgenossen, das Verfahren Verf.'s einer eingehenden Prüfung zu würdigen. —*z.*

Kleine Mittheilungen.

1025. ***Zur Palliativbehandlung des Carcinoms*** empfiehlt **Carne Ross** (Semaine méd. 1894, pag. 170. — Wiener med. Wochenschr. 1894. 42) Cortex cinnamomi Ceylanici in folgender Lösung: Rp. *Corticis cinnamomi Ceylanici 350·0—400·0, Coque cum Aq. fontis 3000·0, Ad rem. colatur. 1000·0.* Decant. sine filtratione. — Vor dem Gebrauche aufzuschütteln. S. Tagsüber $^1/_2$ Liter zu nehmen, besonders nach Mahlzeiten. Verf. verwendete das Mittel bei Carcinom des Magens, der Mamma, der Zunge, des Mastdarmes und des Uterus. Besonders bemerkenswerth war die Milderung der Schmerzen, des fötiden Geruches und die Besserung des Allgemeinzustandes. Kranke, die vorher Morphin zur Linderung ihrer Schmerzen brauchen mussten, konnten nach Einleitung dieser Medication des Narcoticums entrathen.

1026. ***Zur Behandlung leichter Erkrankungen der Luftwege.*** *Von* ***Roux*** *(Lyon méd. 1894. 2. — Therap. Monatsh. 1894. September.)*

Verf. behandelt den acuten fieberhaften Schnupfen mit Einathmungen von Eau de Cologne durch Mund und Nase, während 2—3 Minuten mehrere Male am Tage. Das Eau de Cologne wird einfach auf ein Taschentuch gegossen. In weniger als 24 Stunden war nach 4—5 Einathmungen die Affection gehoben, in keinem Falle griff sie auf Trachea und Bronchien über. Das vom Verf. benutzte Eau de Cologne hatte folgende Zusammensetzung: *Ol. Bergamotti, Ol. Aurantii Corticis aa. 100, Ol. Citri, Ol. Rosmarini aa. 20, Ol. Aurantii Fruct. 20—25, Spiritus (90%) 975.* Verf. hält die ätherischen Oele für das Wirksame, da Einathmungen von Spiritus sich als nutzlos erwiesen.

1027. ***Sauerstoff gegen Opiumvergiftung*** empfiehlt **W. J. C. Merry** (Lancet. 1894. 2. Juni. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 41). Bei einem 32jährigen Manne, der nach einem Selbstmordversuch mit Chlorodyne, einem neben anderen Droguen Chloroform, Blausäure, aber vorwiegend Morphium enthaltendem Mittel, trotz stundenlangen Bemühens durch die üblichen Excitationsmittel nicht aus dem Zustand schwerer Bewusstlosigkeit mit intensiver Cyanose, verlangsamter und erschwerter Athmung und Herzschwäche gebracht werden konnte, erwiesen sich Inhalationen reinen Sauerstoffes als von promptem, nach 20 Minuten bereits deutlichem und dauerndem Erfolg.

1028. ***Zur Casuistik der Paraffinembolien bei intramusculären Hydrargyruminjectionen.*** *Von* ***W. Harttung.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1894. 29. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 43.)*

Verf. berichtet kurz über 2 Fälle, bei denen im Momente der intramusculären Injection in die Nates von Hydrarg. salic. in Paraffin plötzliche Athemnoth, Hustenanfall, locale Entzündungserscheinungen in der Lunge mit consecutivem hämorrhagischen Sputum eintraten. Da sich die Erscheinungen nach einiger Zeit wieder verloren, hält Verf. diese Therapie trotz dieser Erfahrungen für empfehlenswerth.

1029. ***Zur Behandlung der Schweissfüsse*** empfiehlt **Neebe** (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1894. 3. — Therap. Monatsschr.) die Anwendung der rohen Salzsäure. Bei wunden oder sehr empfindlichen Füssen vorher 8—10 Tage ein Streupulver. Rohe Salzsäure wird in eine Schale aus Glas, Porzellan oder Steingut gegossen, in welcher beide Füsse bequem Platz haben. Mit dem Fussrücken darf die Flüssigkeit nie in Berührung kommen. Beim Bade wird zuerst die Hacke 5, dann die ganze Fusssohle noch 10 Minuten in die Schale gestellt. Nach dem Bade sorgfältiges warmes Seifenbad. Treten Schmerzen auf, so wird das Bad ausgesetzt und eine Salbe für einige Tage verwendet. Da Salzsäuredämpfe Husten erzeugen, empfiehlt es sich, einen nassen Schwamm oder ein Taschentuch vor Nase und Mund zu halten. Das Bad wird zweimal wöchentlich, im Ganzen fünf- bis achtmal, genommen. Auch eine tägliche Einpinselung der Sohle und Zwischenzehenpartien mit 10%iger alkoholischer Argent. nitric.-Lösung führt zum Ziele.

1030. Gegen die ***Kopfschmerzen*** Herz- und Nierenkranker werden (Méd. mod. 32. — Berliner klin. Wochenschr. 1884. 35) folgende, etwas complicirte Pillen empfohlen: Rp. *Fol. digital. pulv. 2·0, Antipyrin 20·0, Coffein 8·0, Natr. benzoic. 4·0, Cocain. mur., Opii pulv. ana 1·0, Cort. chin. pulv., Glycerin ana q. s. ut fiant Pill. Nr. 100.* DS. 1—5 Pillen täglich z. n.



1031. ***Limonade, durststillende für Diabetiker.*** *Glycerin. pur. 20·0—30·0, Acid. citric. 3·0, Aq. font. ad 1000·0.* Tagsüber zu verbrauchen. (Lyon méd. — Berliner klin. Wochenschr. 1894. 35.)

1032. *Schleicher* empfiehlt als ***antiseptisches Mundwasser*** folgende Mischung: Rp. *Thymol 0·3, Spirit. Cochl., Spirit. Meliss. comp. aa. 30·0, Tinct. Ratanh. 10·0, Ol. Menth. pip. 0·5, Ol. Caryoph. 1·0.* MDS. Mundwasser, 10 Tropfen in 1/2 Glas Wasser zu geben.

Sitzungsberichte.

1033. ***Ueber die elektrische Behandlung bei gewissen Erkrankungen des Darmtractus.*** *Von Dr. John. Vortrag, gehalten im Greifswalder medicinischen Verein. 1894. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 36.)*

Von fundamentaler Bedeutung und weitgehendem Interesse für die Kenntniss der Wirkung der Elektricität auf den Verdauungstractus war der von *Ziemssen* durch Experimente am Hunde erbrachte Beweis, dass durch die Einleitung eines kräftigen faradischen oder constanten Stromes durch die Magenwand Secretion von Magensaft erfolgt und dieselbe erheblich gesteigert werden kann. Im Jahre 1870 wurden die ersten günstigen Heilerfolge bei Obstipation vermittelst der Elektricität von *Benedikt* mitgetheilt, der mit einem starken Inductionsstrom, dessen eine Elektrode auf der Lumbalgegend, dessen andere auf der Bauchwand ruhte, überraschende Erfolge erzielt haben wollte. Etwas anders verfuhr *Mario Gommi*, der eine Elektrode in's Rectum einführte, die andere auf die äusseren Bauchdecken aufsetzte; er erzielte so in einem besonders hartnäckigen Falle von Obstipation Heilung, die durch innerliche Medication nicht erreicht werden konnte. *Constadt* empfahl die Galvanisation des Magens und führte dabei die eine Elektrode in den Oesophagus, die andere setzte er auf die Magengegend. Dasselbe versuchte *Duchenne* mit dem faradischen Strom. Später wurden mehrfache Versuche, die Elektricität zur Heilung von Magenerkrankungen, besonders bei Atonie und Gastrectasie, zu verwenden, von *Fürstner*, ferner von *Oka* und *Harada* vorgenommen. Die Application war äusserlich.

Förderer der sich allmälig ausbildenden inneren Applicationen waren besonders *v. Ziemssen* und *Kussmaul*. Letzterer wandte sie hauptsächlich bei Magenectasien und bei der in ihrem Gefolge auftretenden hartnäckigen Obstipation an. Er benutzte den faradischen Strom in folgender Weise: Die eine Elektrode wurde in den mit Wasser gefüllten Magen eingeführt, die andere aussen auf die Bauchwand aufgesetzt. Trotzdem die Erfolge im Allgemeinen günstige waren, sah er in mehreren Fällen 3—4 Stunden nach der Faradisation Schwindelanfälle auftreten und mahnt deshalb zur grössten Vorsicht. Die übrigen Arbeiten über diesen Gegenstand will ich übergehen und nur noch die interessanten Versuche *Schillbach's* über den Einfluss der Elektricität auf den Darm erwähnen. Er hält den galvanischen Strom für wirksamer, als den faradischen. Er führte die eine Elektrode in das Rectum, die andere applicirte er auf das Abdomen. Jede Sitzung dauerte 10—15 Minuten. Nach der faradischen Reizung erfolgte der Stuhlgang später als nach der galvanischen. Letztere wurde immer in der Weise ausgeführt, dass die Kathode im Rectum,



die Anode auf den Bauchdecken sich befand. Er leitetete bei 15 Personen, die mit hartnäckiger Obstipation behaftet waren, das elektrische Verfahren ein. Seine Erfolge theilt er in drei Gruppen. Die erste Gruppe bildeten zwei Kranke, bei denen überhaupt kein Effect erzielt wurde, wahrscheinlich, weil die Obstipation durch schwere andere Erkrankungen bedingt war. In die zweite Gruppe fiel die Mehrzahl seiner Fälle. Die Elektricität lieferte einen durchschlagenden Erfolg ohne Gebrauch von Abführmitteln, nur überdauerte dieses günstige Resultat die Cur um einige Tage bis wenige Wochen, dann bildete sich allmälig wieder die Obstipation heraus. In die dritte Gruppe endlich mussten vier Kranke gezählt werden, bei denen sich nach herbeigeführtem Stuhlgang selbst $^1/_2$ Jahre nach Beendigung der Behandlung die Obstipation nicht wieder eingestellt hatte, Fälle, die also als geheilt angesehen werden konnten. Der Stuhlgang trat erst nach der dritten bis vierten Sitzung ein, und zwar zu verschiedener Zeit, 5—20 Stunden nach dem Elektrisiren; allmälig rückte dann die Zeit des Stuhlganges näher an die Zeit des Elektrisirens heran, und die Defäcation erfolgte dann meist zwei bis drei Stunden später. Von Wichtigkeit ist hierbei die Consistenz des Stuhlganges; während die Patienten geklagt hatten, dass selbst nach dem Gebrauch starker Abführmittel der Koth hart und trocken gewesen sei, zeigten die durch Elektricität herbeigeführten Stuhlgänge eine weichere, mehr breiige Beschaffenheit.

Dies sind in kurzen Zügen die hauptsächlichsten Arbeiten, die ich über den betreffenden Gegenstand auffinden konnte. Ich bin nicht etwa in der Lage, diesem wesentlich Neues hinzuzufügen, sondern mein Zweck sollte sein, diese fast ganz in Vergessenheit gerathene Behandlungsweise wieder in Erinnerung zu bringen. Berichten kann ich über drei Fälle, in denen die intraventriculäre Application des faradischen Stromes mit mehr oder weniger günstigem Erfolge vorgenommen wurde. Das Verfahren war dabei folgendes: In einen gewöhnlichen Magenschlauch wurde eine Leitungsschnur so eingeführt, dass der das Ende bildende Kupferdraht den Augen des Magenschlauches gegenüberstand. Um nun die Leitung herzustellen, musste Patient stets vor Einführen des Magenschlauches ein Glas Wasser trinken. Die andere Elektrode wurde auf den Damm, respective auf die Bauchdecken gesetzt, in welchem letzteren Falle die Entleerung der Fäcalien wohl auch noch durch Erregung von Contractionen seitens der Bauchpresse begünstigt wurde. Die Einführung des armirten Magenschlauches ist einfach. Bei Durchleiten des mittelstarken Stromes entstehen keine grossen Beschwerden; zwei Patienten geben an, sie spürten wenig oder gar nichts, einer behauptete, Kneifen im Bauche zu bekommen. Die Stuhlentleerung erfolgte nach Vornahme der Faradisation (gewöhnlich zwischen fünf bis sieben) Abends, in der Nacht oder Morgens.

Im ersten Falle hatten wir es mit dem 54 Jahre alten Fleischer B. zu thun, der seit einem Jahre an Druck in der Magengegend, Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung litt. Derselbe bot die Zeichen einer chronischen Gastritis mit Obstipation ohne nachweisbare Magenectasie. Nachdem er 14 Tage mit Bismuth, Karlsbader Salz und entsprechender Diät behandelt war, fühlte er sich so wohl, dass er das Krankenhaus verliess. Doch schon nach noch nicht voll drei Wochen kam er mit seinen alten Beschwerden wieder. Wir kamen nun auf den Gedanken, ob nicht eine Atonie der Darmmusculatur vielleicht die Ursache seiner



Obstipation und damit auch seiner hauptsächlichsten Beschwerden sei. Am ersten Tage wurde die Faradisation nur äusserlich vorgenommen, vom folgenden Tage an wurde eine Elektrode auf die oben angegebene Weise in den Magen eingeführt. Abends wurde faradisirt. Morgens erfolgte gewöhnlich Stuhlgang. Am Abend des zweiten Tages wurde ein stärkerer Strom versucht. Ob es nun hierin lag oder ob zufällig eine andere Ursache mitwirkte, in der Nacht traten mehrere breiige Stuhlgänge auf. Patient befand sich 16 Tage im Krankenhause und wurde, da er die letzten Tage ohne Faradisation spontan Stuhlgang hatte, als geheilt entlassen. Ein halbes Jahr später hatte ich Gelegenheit, ihn wiederzusehen. Er war ganz gesund, und bis dahin war die Obstipation nicht wiedergekehrt.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Bernstein, Dr. Julius, Professor der Physiologie an der Universität Halle. Lehrbuch der Physiologie des thierischen Organismus, im Speciellen des Menschen. Mit 271 in den Tex eingedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894 (Bibliothek des Arztes).

Knies, Prof. Dr. Max, Freiburg i. B. Die verschiedenen Formen von frischen und alten Hornhauttrübungen. 4 Tafeln mit Text. (Augenärztliche Unterrichtstafeln.) Für den akademischen und Selbst-Unterricht. Herausgegeben von Prof. Dr. H. *Magnus.* Heft 6. Breslau 1894. J. N. Kern's Verlag (Max Müller).

Ortner, Dr. Norbert, klin. Assistent. Zur Klinik der Cholelithiasis und der Gallenwege-Infectionen. Aus der medicinischen Klinik des Prof. Dr. *R. Neusser* an der Universität Wien. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1894.

Peiper, Dr. Erich, a. o. Professor an der Universität Greifswald. Die Verbreitung der Echinococcen-Krankheit in Vorpommern. Mit einer Karte. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Schleich, Dr. C. L., Schmerzlose Operationen. Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes. Mit 32 Abbildungen im Text. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1894.

Winiwarter, Dr. A. von, Professor der Chirurgie in Lüttich. Lehrbuch der chirurgischen Operationen und der chirurgischen Verbände. Mit 60 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart, Ferd. Enke, 1895.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1034. *Die Behandlung der Urämie.*

Von Dr. ***Beverley Robinson.***

(Med. Record. 1894. 45. — Deutsche med. Ztg.)

Verf. hält die Anschauung, dass das Ammoniak, beziehungsweise Harnbestandtheile, die Urämie veranlassen, für verlassen und hält dafür, dass es die Toxine sind, welche im Blut zurückgehalten werden. Kälte und Diätfehler sind wichtige Factoren für die Entwicklung der Urämie, während bei sorgfältiger Vermeidung dieser die renale Affection eine lange Zeit hindurch keine bedrohlichen Symptome macht. Die prophylactische Behandlung ist demnach gegeben, der mit *Bright*'scher Krankheit behaftete Patient muss warm gehalten werden, bei trockener und unthätiger Haut rufe man die Function derselben durch Heissluftbäder oder durch ein heisses Wasserbad mit nachfolgender warmer Entwicklung hervor. Bestehen Symptome vermehrter Stauung in der Niere — erhöhte Quantität von Albumen und Blut im Urin — so sind trockene oder blutige Schröpfköpfe in der Nierengegend von Nutzen. Durch darauffolgende trockene Abreibungen wird auf reflectorischem Wege die Nierenausscheidung erhöht. Was die Diät anbelangt, so ist Milchnahrung von der äussersten Wichtigkeit, wenigstens zur Zeit des acuten Stadiums; ferner muss für eine hinlängliche Oxydation dieser und anderer Nahrungsmittel gesorgt werden. Einathmung reiner Luft und leichte körperliche Uebungen unterstützen dies. Ermüdende Arbeit und geistige Aufregung müssen bei Patienten mit *Bright*'scher Krankheit vermieden werden. Handelt es sich um bereits eingetretene urämische Erscheinungen, so sind die toxischen Producte so schnell wie möglich aus dem Körper zu entfernen oder zu neutralisiren. Das erstere geschieht durch Diuretica und unter diesen erfreuen sich die Kalisalze grossen Ansehens. Beliebt ist auch die Digitalis. Bei dieser Behandlung ist zu erwähnen, dass häufig die Nieren fast, wenn nicht etwa ganz, undurchgängig sind. Die Undurchgängigkeit kann auf einer Verstopfung der Harncanälchen durch Gerinnsel oder auf einer passiven Stauung der Nierengefässe oder auf einem Krampf derselben beruhen. Die Digitalis hat die Tendenz, die Contraction der Gefässe oder der Hyperämie zu erhöhen. Da die Digitalis durch die Nieren nicht ausgeschieden werden kann, so beobachtet man nicht selten accumulative Wir-

kungen, wie Nausea, Erbrechen etc. Unter diesen Umständen muss man die Medication aufgeben. In Fällen, wo ein schwaches Herz der bestimmende Factor für die Urämie ist, sieht man bei einigen der Patienten gute Erfolge von Digitalis. Durch Diaphorese entfernt man verhältnissmässig kleine Mengen toxischer Producte aus dem Körper. Diese Mengen sind im Verhältniss zum Effect des Aderlasses sehr gering. Ferner muss daran erinnert werden, dass, wenn dem Blute Wasser entzogen wird, eine noch geringere Menge durch die Nieren geht. Demgemäss kann gegen die Behandlung mit hohen Wasserclystieren nichts eingewendet werden. Sie sollen in der Regel mässig kalt gegeben werden, in der Absicht, durch Reflexerregung der Nervencentra im Abdomen eine Contraction der Nierengefässe hervorzurufen. Sie wirken ausserdem durch Erhöhung der Spannung der Gefässe. In einem Falle wurden die Eingiessungen mit dem glücklichsten Erfolge gemacht. Der Puls besserte sich, die Herzaction wurde stärker, die Urinmenge nahm zu, der ganze Zustand und das Aussehen des Patienten wurde besser.

Drohen urämische Symptome und hat man mit den angegebenen Mitteln keinen Erfolg, so ist es indicirt, zur Venaesection oder zu Schröpfköpfen, beziehungsweise Blutegeln seine Zuflucht zu nehmen. Manchmal treten Convulsionen oder Coma während der Blutentziehung auf. Bei starken, robusten Personen kann man, ohne etwas zu fürchten, 300—600 Ccm. Blut fortnehmen; schwächere und jüngere Personen dürfen nicht so viel verlieren. Der Venaesection kann eine Salzwasserinfusion oder Transfusion folgen. Manchmal muss, wenn die angegebene Behandlung keinen Erfolg hat oder aus anderen Gründen nicht angewendet werden kann, zu Narcoticis gegriffen werden. Auch vor der Blutentziehung verschaffen wir dem Patienten durch Chloroform eine zeitweise Remission von tonischen und klonischen Convulsionen. Deliriöse Fälle sind mit Chloral per os oder per rectum zu behandeln. Auch wo Opium oder Morphium contraindicirt ist, können diese durch Chloral ersetzt werden. Es wird in mässigen Dosen in der Regel von urämischen Patienten gut ertragen. Was das Pilocarpin anbelangt, so ist man wegen seiner prompten diaphoretischen Wirkung und seiner leichten Anwendbarkeit gern geneigt, einen Versuch damit zu machen. Verf. hat einmal darauf profuse Salivation und Oedema pulmonum gesehen, das den fatalen Ausgang eher beschleunigte. Auch kleine Dosen können gelegentlich Herzschwäche hervorbringen.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

1035. ***Ueber Ansteckung bei Scharlachfieber.*** *Von* ***Y. Ustvedt.*** *(Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1894, 4, pag. 287.)*

1036. ***Ueber die Uebertragung der Scarlatina.*** *Von* ***Aug. Kozen.*** *Mittheilungen aus dem Krankenhause zu Ullevold. (Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1894, 7, pag. 643.)*

Dass über die Ansteckungsweise acuter Exantheme, wie Masern und Scharlach, die genauesten Beobachtungen in abgeschlossenen

und dem allgemeinen Verkehr entzogenen Oertlichkeiten erhalten werden können, haben schon verschiedene ältere nordische Arbeiten gelehrt. Auch die im Isolirungslazareth zu Ullevold gesammelten Daten bieten manches Interessante. *Ustvedt* weist besonders darauf hin, dass die Epidemien von Scarlatina niemals plötzlich eine grosse Zahl Kranker umfassen, sondern die Erkrankungen allmälig eintraten, und dass den Ausgangspunkt mitunter ein leichter Fall bildet, der ohne heftiges Fieber bis zum Desquamationsstadium verläuft. So wurde aus einem nur von wenigen Familien bewohnten Hause in Intervallen von mehreren Tagen eine Anzahl frischer Fälle bald aus der einen, bald aus der anderen Familie eingeliefert, bis sich endlich ein im Desquamationsstadium befindliches Mädchen fand, das als Infectionsträger sich erwies, da mit seiner Aufnahme in das Hospital kein weiterer Erkrankungsfall vorkam. Ueberführung durch Gesunde kam 1mal bei den Kindern einer Privatkrankenpflegerin ausserhalb des Hospitals vor. Dass die Krankheit weit ansteckender im Desquamationsstadium sei, schliesst *Ustvedt* aus der wiederholt gemachten Beobachtung, dass, wenn die Erkrankten unmittelbar nach dem Ausbruche des Exanthems entfernt werden, die mit ihnen zusammenliegenden Kinder nicht erkranken, während andererseits das Einlegen einer Nephritiskranken im Desquamationsstadium in Krankenzimmer zu Erkrankung früherer Insassen an Scarlatina führte. Dass Scarlatina auch im Florescenzstadium ansteckt, ergab sich in einem Falle, wo das blosse Hindurchtragen einer frisch Erkrankten durch ein Krankenzimmer zum Bade genügte, um ein Kind zu inficiren. Die früher von *Sörenson* und *Hoill* gefundene Thatsache, dass Continuitätstrennungen der Haut zur Aufnahme des Contagiums wesentlich prädisponiren, fand in Ullevold keine weitere Bestätigung. Die Dauer der Incubation betrug in Ullevold durchgängig 2mal 24 Stunden, mitunter etwas mehr (3—4 Tage), selten etwas weniger. Diese Beobachtungen beziehen sich nur auf innerhalb des Hospitals Erkrankte, da in der Privatpraxis die Ansteckungsquelle in den meisten Fällen nicht deutlich erkannt werden kann, zumal bei Schulkindern. Die Ansteckungsfähigkeit dauert bis zur völligen Beendigung der Desquamation, die keineswegs immer in 6 Wochen beendigt ist. Mehrmals wurde in Ullevold bei Kindern, deren Aufenthalt im Krankenhause sich wegen Complicationen verlängerte, eine zweite Abschälung beobachtet und zweimal kam dies auch bei entlassenen Kindern vor. In dem einen dieser Fälle scheint dadurch Ansteckung bewirkt zu sein, die bei der intensiven Desinfection der Kleidungsstücke nicht wohl auf eine durch diese vermittelte Ansteckung bezogen werden kann. Als Ausgang von Ansteckung erscheinen übrigens nicht allein die sich abstossenden Hautpartikelchen, sondern mitunter auch scarlatinöse Ausflüsse aus Ohren und Nase, und in einem Falle knüpfte sich wahrscheinlich eine Ansteckung an abscedirende scarlatinöse Lymphdrüsen am Halse. Dass es auch Scarlatina sine exanthemate gibt, schliesst *Ustvedt* daraus, dass 2 Tage nach dem Einbringen eines diphtheritiskranken Kindes (die Diagnose wurde durch das Auffinden von Diphtheriebacillen gestellt), bei dem kein Exanthem vorhanden war, ein in derselben Stube liegender croupkranker Knabe Scarlatina bekam, von dem wiederum eine zweite

Ansteckung ausging. Die von *Ustvedt* ausgesprochene Ansteckungsmöglichkeit durch eine erst später eintretende zweite Desquamation, selbst nach einem Zeitraume von 48—77 Tagen, welche ein über 6 Wochen langes Zurückbehalten der Kranken im Isolirlazareth rechtfertigen würde, legt die Frage nahe, ob nicht durch irgend ein Verfahren eine Beförderung der Abstossung bewirkt werden kann, so dass eine frühzeitigere Entlassung aus dem Krankenhause erfolgen kann. Nach den früher in Scharlachlazarethen von *Kozen* gemachten Erfahrungen kann man dies durch tägliche warme Bäder erreichen, so dass die Entlassung ohne Gefahr in Monatsfrist geschehen kann. Das letzte Bad muss aber nach dem Abschiednehmen von den Pflegerinnen u. s. w. genommen werden, weil sonst möglicherweise das Contagium von Neuem in die desinficirten Kleidungsstücke gelangen kann. *Th. Husemann.*

1037. ***Ueber Pyopneumothorax subphrenicus und Empyema pleurae mit Ausgang vom Abdomen.*** *Von* ***S. Laache.*** *(Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1894. November, pag. 1021.)*

1038. ***Weitere Beiträge zur Pathogenese des Pyothorax subphrenicus.*** *Von* ***Kr. Thue.*** *(Norsk Magazin f. Laegevidensk. November 1894, pag. 1031.)*

Der Zusammenhang zwischen eiteriger Brustfell- und Bauchfellentzündung ist zweifacher Art. In der einen Form ist die Pleuritis das primäre Leiden und die Peritonitis der Folgezustand; bei der andern ist die Sache umgekehrt. Die erste Form ist sehr selten und von *Laache* nur in einem Falle beobachtet bei einer in den Dreissiger-Jahren stehenden Frau, die anfangs Empyem überstand und nach völliger Heilung purulente Peritonitis bekam, die in kurzer Zeit tödtlich verlief. Empyema pleurae, das seinen Ausgangspunkt von der Bauchhöhle nimmt, ist ungleich häufiger. Als auxiliäre Ursache erscheint dabei die meist ziemlich flache Rückenlage der Peritonitiskranken, in Folge deren die Eiteransammlung sich einfach zur Pleura durch das Diaphragma senkt, das unter diesen Umständen wohl stets Sitz einer kleineren oder grösseren Perforationsöffnung wird. In anderen Fällen findet kein Durchbruch statt, die angesammelte Materie schiebt das Diaphragma vor sich her und der Abscess liegt, wenn auch unter der Rippe, doch nicht in der Bauchhöhle, nicht oberhalb, sondern unterhalb des Zwerchfells. Dieser sogenannte Pyothorax subphrenicus kann bei grossen Ansammlungen leicht ein pleuritisches Exsudat, einen Pyothorax supraphrenicus schaffen. Mischt sich der Eiter mit Luft, so kommt es zu der von *Leyden* als Pyopneumothorax subphrenicus beschriebenen Affection, welche die nämlichen Erscheinungen darbietet, als wenn ihr Sitz in der Pleurahöhle selbst wäre. Von diesem Leiden sind bis jetzt etwa 50 Fälle bekannt gemacht. Ein weiterer von *Laache* beschriebener Fall dieser Art hat besonderes Interesse durch seinen günstigen Ausgang. In diesem, ebenfalls bei einer Frau in den Dreissiger-Jahren, scheint der Ausgangspunkt ein Magengeschwür gewesen zu sein. Später fand eine Zwerchfellperforation statt. Nach Resection einer Rippe wurde eine Menge infectiösen Eiters entfernt, worauf sich der bis dahin ausserordentlich schlechte Zustand besserte und nach langer Reconvalescenz scheinbar völlige Wiederherstellung eintrat. Aber die Fistel



wollte nicht definitiv heilen; nachdem sie etwa 14 Tage ganz geschlossen gewesen war, öffnete sie sich auf's Neue unter febrilen Symptomen und Eiterentleerung. Auch eine neue Operation mit Resection mehrerer Rippen und Tamponade der Höhle hat nicht zu definitiver Heilung geführt; die anscheinend solide Narbe öffnet sich in regelmässigen Zwischenräumen von 2—3 Wochen mit Entleerung von mehr oder minder grösseren Eitermassen. Vermuthlich besteht ein langer, enger Fistelcanal durch das Diaphragma, doch konnte ein solcher bisher nicht aufgefunden werden. Im Uebrigen ist das Befinden gut, der Harn eiweissfrei, die Lunge überall lufthaltig.

In einem anderen von *Laache* beschriebenen Falle von Empyema subphrenicum, das von einer Perityphlitis ausging, fand sich nach der Resection das Cavum pleurae leer; nachdem im Verlaufe von 2 Tagen die Pleurablätter verlöthet waren, wurde die Oeffnung des Abscesses vorgenommen, wobei eine grosse Masse fäcal riechenden, mit Luft gemengten Eiters entleert wurde. In diesem fand sich eine grosse Anzahl kleiner schwarzer Punkte, die mikrochemisch Häminreactionen zeigten.

Ein ungünstig verlaufener Fall von Pyopneumothorax subphrenicus, den *Thue* auf Abtheilung *A* des Reichshospitals in Christiania bei einem 24jährigen Dienstmädchen beobachtete, hatte seinen Ausgang ebenfalls in einem alten Magengeschwüre, das auf der Höhe des Magens und an dessen Vorderfläche in der Nähe der Curvatura minor seinen Sitz hatte. Die Perforationsöffnung verlief schräg und war so geformt, dass die Luft bei den Athembewegungen unter das Zwerchfell gepumpt werden musste. Später setzte sich der Abscess durch Perforation in Communication mit der linken Pleurahöhle, ohne dass jedoch Anlöthung der Lunge an die Pleura diaphragmatica stattfand, wie dies *Leyden* als Regel angibt. In dem Eiter des Abscesses fanden sich Streptococcen und diverse Fäulnissbacterien. *Th. Husemann.*

1039. ***Ueber Herz- und Gefässneurosen.*** *Von Dr.* ***Determann.*** *(Volkmann's Samml. klin. Vortr. 1894. 96. u. 97.)*

Als ätiologische Momente kommen in Betracht: psychische Erregungen und Ueberanstrengungen, Vorstellung eines Herzleidens, körperliche und sexuelle Excesse, Anämie; ferner Toxinwirkungen (Gifte, acute Krankheiten). Sodann rufen Magen-Darmerkrankungen, spinale Neurasthenie und Neuralgien reflectorisch oft eine Herz- oder Gefässneurose hervor. Dauernde Verweichlichung der Haut gibt zuweilen Anlass zu allgemeinem Krampf der peripheren Gefässe. Endlich zählt das Höhenklima unter die Ursachen der Herzneurosen in seltenen Fällen. Organische Symptome, wie Geräusche, Verbreiterung der Herzdämpfung, Arhythmien, sind im Ganzen selten, ausser beim Morbus Basedowii. Häufig sind nur subjective Beschwerden des Herzens vorhanden (Hyperaesthesia cordis); in anderen Fällen ist die leichte Erregbarkeit des Herzens charakteristisch. In schwereren Fällen herrscht die Herzschwäche vor, dabei leidet auch der Tonus der Arterien. Die häufigsten Symptome sind Tachycardie und Labilität des Rhythmus; seltener sind wirkliche Arhythmien und Bradycardie. Die nervösen Gefässstörungen werden nach einem Reiz- und Lähmungsstadium eingetheilt. Die



Differentialdiagnose gegen Myodegeneratio cordis erscheint oft schwer. Charakteristisch ist die Art der Anfälle bei Herzneurosen, sowie der Contrast zwischen den Klagen des Patienten und dem objectiven Befund. Sclerose der Kranzarterien ist ebenfalls oft schwer zu unterscheiden. Einen Uebergang von nervösen Herzerkrankungen in schwere organische Läsionen des Herzmuskels hält Verf. nicht für wahrscheinlich. Vielleicht liegen nach neueren Untersuchungen bei Tachycardie nach acuten Krankheiten Muskelveränderungen vor. Die Prognose ist im Ganzen ziemlich günstig bei geeigneter Behandlung und fortgesetztem zweckmässigen Verhalten des Kranken. Recidive kommen häufig vor. Was die Behandlung anbetrifft, so suchte Verf., fussend auf der Ansicht, dass es sich bei den Kranken meistens um Erhöhung der Reflexerregbarkeit handelte, sowohl die Reize zu vermeiden, als auch die Reizbarkeit zu vermindern. Das erste Ziel erreichte er durch möglichste Schonung, das letztere durch den Versuch einer vorsichtigen Kräftigung neben der sonstigen Behandlung. Zunächst verband er mit der allgemeinen Beeinflussung stets eine psychische. Wenn die Herz- und Gefässstörungen durch ein anderes Leiden unterhalten wurden, so ist stets vor Allem die Grundkrankheit zu beeinflussen. Auch den Schädlichkeiten suchte Verf. die Patienten nach Möglichkeit zu entziehen. Ein ruhiges, einfaches Leben war Grundbedingung; psychische Erregungen wurden vermieden. Auch darf man den Kranken keine grösseren körperlichen Anstrengungen zumuthen. Bei Nicotinvergiftungen wurde das Rauchen sofort untersagt; das gänzliche Entziehen von Tabak machte weniger Unannehmlichkeiten, als das Gestatten von ganz geringen Quantitäten; dasselbe gilt vom Alkohol, zumal wenn er die Ursache der Herzneurose war; jedoch kann man mit der Entziehung nicht mit einem Male vorgehen. Grosser Werth ist auf ein allgemein tonisirendes Verfahren zu legen, jedoch sind einmalige zu grosse Mahlzeiten zu verbieten.

Mit der Allgemeinbehandlung verband Verf. fast stets eine medicamentöse. Er gab Arsen und Eisen, am meisten in der von *Erb* angewandten Form der abwechselnden, circa drei Wochen langen Darreichung von Pilulae tonicae (Eisen-China-Nux vomica) und Arsen, wobei er mit Arsen begann, wenn nicht der anämische Zustand des Patienten mehr dazu aufforderte, mit Eisen anzufangen. Verf. reichte häufig Brompräparate, meist in Verbindung mit Baldrianthee (Abends) oder Baldriantropfen. Brom hatte neben der oft schnell beruhigenden Wirkung auch eine solche auf das Gesammtleiden, wenn es längere Zeit gegeben wurde. Vor Allem die Formen mit gesteigerter Herzaction, starker Füllung der peripheren Gefässe etc. schienen recht günstig beeinflusst zu werden. Digitalis setzte beim Morbus Basedowii in einzelnen Fällen allzustürmischer Herzaction die Thätigkeit herab, jedoch war die Wirkung nicht so prompt wie bei uncompensirten Herzfehlern. Einzelne Male leistete Hyoscin, subcutan verabreicht, gute Dienste bei Erregungszuständen, veranlasst oder begleitet von vasomotorischen Störungen. Bei Herzschwächezuständen hatte manchmal Amylnitrit guten Erfolg; auch Antipyrin (1·0) und Chinin (0·5) leisteten im Falle zuweilen gute Dienste. Eine stets genau individualisirende Wasserbehandlung



ergänzt das Verfahren. Gerade bei nervösen Herz- und Gefässkrankheiten ist eine hydriatische Therapie ausserordentlich einflussreich. Sie ist immer von allergünstigster Wirkung auf den Allgemeinzustand. Ein mächtiges Hilfsmittel der Behandlung in einer grossen Reihe von Fällen war das Höhenklima. Besonders die Formen von abnorm gesteigerter Herzthätigkeit mit multiplen vasomotorischen Störungen scheinen durch das Höhenklima oft in überraschend günstiger Weise beeinflusst zu werden. Was die elektrische Behandlung betrifft, so hat Verf. die Galvanisirung am Halse (Vago-Sympathicus) mit der Anode in einer grösseren Reihe von Herzneurosen (incl. *Basedow*'scher Krankheit) angewandt. und es hat den Eindruck gemacht, dass eine consequente längere Behandlung dieser Art eine recht gute Einwirkung ausübt. Die Stromstärke war je nach den subjectiven Empfindungen des Patienten 1—2—$2^1/_2$ M.-A., die Dauer der Einwirkung auf jeder Seite circa 4—5 Minuten. Nur einen palliativen Erfolg schien die Faradisirung der Herzgegend zu haben, meistens in Form der faradischen Hand, seltener mit der Plattenelektrode oder dem Pinsel angewendet. Eine oft dauernde Wirkung sowohl bei Pulsbeschleunigung mit lebhafter Herzthätigkeit, als auch bei Herzschwächezuständen hatte die vorsichtig ausgeführte Massage der Herzgegend. Neben pressenden Bewegungen wandte Verf. zuerst zartere, später etwas stärkere Vibrationen über der Herzgegend an, und oft war bei stürmischer Herzthätigkeit schon nach wenigen Minuten der Puls um 15—25 Schläge heruntergegangen unter Erleichterung des Patienten. Die Behandlung des Anfalls fällt meist mit derjenigen der Krankheit zusammen. Besonders dienen neben vollständiger Ruhe und sorgsamem diätetischen Verhalten einige Formen des Wasserheilverfahrens, und die oben erwähnten Arzneimittel, zur Erleichterung der Kranken. Auch das Trinken kühlen Wassers, sowie recht tiefes Einathmen *(Nothnagel)* kürzten einige Male den Anfall ab. Bei Collapszuständen, sehr kleiner frequenter Herzthätigkeit waren kleine Dosen Cognac oder guter schwerer Rothwein, eine starke Tasse Thee oder Kaffee oft von günstiger Wirkung.

1040. ***Zunahme der progressiven Paralyse im Hinblick auf die sociologischen Factoren.*** *Von Prof. Dr. Freiherrn v. **Krafft-Ebing**, Wien. (Vortrag am VIII. internat. Congress f. Hygiene und Demographie in Budapest.)*

Die Paralyse ist eine moderne Krankheit. Sie ist in rascher Progression begriffen, hat in den Irrenanstalten in den letzten Jahrzehnten fast die doppelte Zahl der Aufnahmen erreicht. Sie befällt heutzutage in früheren Lebensjahren als vordem. Auffallend häufig erscheinen die juvenilen Fälle. Ueberraschend gross ist die Zunahme der Krankheit beim weiblichen Geschlecht. Unverkennbar ist der Einfluss der Grossstädte. Die Paralyse ist hier etwa 4mal häufiger, als in der ländlichen Bevölkerung. Dies zeigt sich auch hinsichtlich der Frauenparalyse. Die social immer mehr sich ändernde Position des Weibes im grossstädtischen Leben, beim Eintreten in den Wettbewerb mit dem Manne im Kampfe um's Dasein, ist hinsichtlich der zunehmenden Morbidität an Paralyse nicht unwichtig. Da eine der wichtigsten erworbenen Prädispositionen für Paralyse Syphilis ist, sind alle socialen Factoren, welche Syphiliserkrankung be-



fördern, auch ätiologisch wichtig für Entstehung von Paralyse. Dahin sind zu rechnen, ausser dem riesenhaften Anwachsen der Grossstädte, die abnehmende Häufigkeit der Eheschliessung, das späte Lebensalter des modernen Mannes aus höheren Gesellschaftskreisen zur Zeit der Eingehung der Ehe, die Unauflöslichkeit unglücklicher Ehen in manchen Ländern, wodurch dem Concubinat und der Prostitution Vorschub geleistet wird; wahrscheinlich auch die allgemeine Wehrpflicht, insofern sie die Zeit der Eheschliessung überhaupt hinausrückt, viele junge Männer in Haupt- und Residenzstädten mit den Lastern der modernen Civilisation bekannt und zu Debauchen in Baccho et Venere verleitet werden.

1041. ***Ueber eine lebensgefährliche Frühcomplication der Rachendiphtherie.*** *Von Dr. **Aufrecht.** (Therap. Monatsh. 1894. 3. — Schmidt's Jahrb. 1894. 6.*

Verf. ist der Ueberzeugung, dass in einem Theile der nicht so gar seltenen Todesfälle bei Diphtherie (mit oder ohne Scharlach) innerhalb der ersten drei Tage die Ursache in einer äusserst heftigen parenchymatösen Nephritis zu suchen ist, und dass wir bei richtigem Erkennen der Sachlage durchaus nicht ganz machtlos sind. Sind die Kinder (oft handelt es sich um ältere Kinder) benommen, unruhig und haben einen hohen Puls, so untersuche man sofort den Harn. Findet man Eiweiss, so lässt man reichlich ein alkalisch-salinisches Wasser (Wildunger Helenen-Quelle) trinken; dadurch werden die Cylinder, die in grosser Masse die *Henle*'schen schleifenförmigen Canälchen verstopfen, herausgespült, es tritt eine stärkere Harnentleerung und damit, wie Verf. in einem Falle beobachten konnte, eine schnelle Besserung des Allgemeinbefindens ein.

Neuere Arzneimittel.

1042. ***Ueber die Anwendung der neueren Schlafmittel bei Geisteskrankheiten.*** *Von **Hans Evensen.** (Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1894. Nr. 5, pag. 345.)*

Nach den in der Irrenanstalt von Hanstad erhaltenen Resultaten eignet sich Sulfonal zu 1·0—1·5 pro dosi am besten in acuten Fällen von Aufregung, Manie, Alkoholismus und Melancholia agitata und ist wegen der dauernden beruhigenden Wirkung bei methodischer Anwendung in manchen Fällen eine Wohlthat für Kranke und Aerzte. Doch liegt in dieser auch eine grosse Gefahr des Mittels, selbst bei constanter Beobachtung, so dass eine Sulfonalisation nur bei sehr schweren Fällen angerathen werden kann. Zur Vermeidung der unangenehmen und gefährlichen Symptome ist am zweckmässigsten, das Mittel alternirend mit einem anderen Hypnoticum anzuwenden, wozu sich besonders Chloralamid eignet. Bei zwei weiblichen Kranken kam es zu Hämatoporphyrinurie (in einem dieser Fälle erst nachdem das Sulfonal mit Trional vertauscht worden war, in dem anderen nach Gesammtverbrauch von 75 Grm.), die jedoch beide Male nach Aussetzen des Mittels bei roborirender Diät schwand. Neben Hämatoporphyrin enthielt der

Harn noch andere abnorme Farbstoffe, die ebenfalls mit dem Scheiden jenes verschwanden. Sehr auffallend war bei längerem Sulfonalgebrauch das häufige Herabgehen der Pulsfrequenz auf weniger als 60 Schläge in der Minute. In Bezug auf die erzielte Hypnose gab Sulfonal nur 5% Misserfolge und 10% mittelmässige Effecte. Von Chloralsurrogaten gibt Amylenhydrat zu 2 bis 5 Grm. guten Schlaf und eignet sich besonders bei cerebraler Anämie; Paraldehyd ist für kurze Zeit gut, führt aber bei habituellem Genusse zu nervösen Störungen. Chloralamid wirkt auf den Kreislauf weniger stark als Chloral ein und erzeugt weit seltener Kopfweh, Schwindel und Erbrechen. Bei aufgeregten Kranken lässt es im Stich, auch bei ruhigen ist die Wirkung unsicher. Gute Dienste leistete es bei Dementia senilis. Handelt es sich darum, auf jeden Fall für einen Theil der Nacht Ruhe oder Schlaf zu schaffen, so ist die Subcutaninjection von Hyoscin am Platze, wonach man in der Regel nach $^1/_2$ Stunde 5stündigen Schlaf erhält. Nur 3% völlige Misserfolge kommen vor; bei 20% gibt Hyoscin Ruhe ohne Schlaf. Das Mittel lässt sich recht wohl mit Sulfonal combiniren. Die Dosis darf 1 Mgrm. nicht überschreiten; auch muss der Kranke sorgsam überwacht werden. Auf die Psychose ist Hyoscin ohne Einfluss; längerer Gebrauch scheint Kachexie hervorzurufen. Duboisin scheint in gleicher Dose etwas milder zu wirken, gibt aber leicht zu Hallucinationen des Gesichtssinnes Veranlassung. *Th. Husemann.*

1043. ***Die Beschaffung und Anwendung des Diphtherieheilserums von Behring-Ehrlich.***

Das Mittel, welches zuerst als „Antitoxin contra Diphtheriam, jetzt als „Serum antidiphth. Behring“ von Aerzten verordnet wird, kommt in drei verschiedenen Stärken (I grün, II weiss, III roth signirt) in Fläschchen von 10 Grm. Inhalt in den Handel, welche die Signatur „*Behring's* Diphtherieheilmittel, dargestellt nach *Behring-Ehrlich* von *Meister Lucius Brüning* in Höchst a. M.“ mit Preisangabe tragen. Jedes Fläschchen ist auch mit einer Nummer versehen. Ueber die Anwendung des Mittels gibt die folgende Gebrauchsanweisung, welche jedem Fläschchen beigegeben ist, die beste Auskunft: „*Behring's* Diphtherieheilmittel wird in unserer Heilserumabtheilung, welcher Herr Sanitätsrath Dr. *Libbertz* vorsteht, unter Controle der Herren Prof. *Behring* und Prof. Dr. *Ehrlich* hergestellt und von diesen beiden Herren einerseits auf seine Unschädlichkeit, andererseits auf seinen heilenden Werth geprüft. Wir geben das Mittel in flüssigem Zustande in drei Sorten ab: Nr. 1. Fläschchen à 6 Mark (grünes Etikett) = Einfache Dosis = 600 Antitoxinnormaleinheiten. Diese Dosis genügt für solche Fälle, bei welchen alsbald nach dem Ausbruch der ersten Krankheitssymptome die Behandlung mit Heilserum begonnen wird. Nr. 2. Fläschchen à 11 Mark (weisses Etikett) = 1000 Antitoxinnormaleinheiten. Nr. 3. Fläschchen à 16 Mark (rothes Etikett) = 1500 Antitoxin-Normaleinheiten. Vorgeschrittene Diphtheriefälle erfordern entweder eine mehrmalige Anwendung der einfachen Dosis oder die Verwendung des Inhaltes des Fläschchen Nr. 2, respective Nr. 3, welche das Mittel in concentrirter Form enthalten. Um gesunde Kinder und Erwachsene in Zeiten der Diphtheriegefahr vor der



Erkrankung zu schützen, genügt der zehnte Theil des Inhaltes von Fläschchen Nr. 1. Die das Diphtherieheilmittel enthaltenden Fläschchen sind der Einwirkung des Lichtes zu entziehen und an einem kühlen Orte aufzubewahren; unter dieser Voraussetzung bleibt der Wirkungswerth mindestens mehrere Monate unverändert. Vor der Zersetzung durch Mikroorganismen ist das Mittel durch einen Gehalt von 0·5% Carbolsäure geschützt. Der gesammte Inhalt der Fläschchen ist stets auf einmal anzuwenden, und zwar durch Einspritzung unter die Haut. Zur Einspritzung ist die Benützung einer *Koch*'schen Ballonspritze à 10 Ccm. zu empfehlen. Als Injectionsstellen sind solche Körperstellen zu wählen, an welchen die Haut sich in weiter Falte abheben lässt, z. B. die vordere Brustwand und die Oberschenkel. Zu vermeiden sind solche Stellen, auf welchen die Patienten aufliegen. Die Resorption der Flüssigkeit erfolgt auch ohne Massage sehr schnell, nur dass darnach eine locale oder allgemeine Reaction zur Beobachtung kommt. Die Reinigung der Spritze und Canüle hat nach den allgemeinen Regeln der Antisepsis zu erfolgen. Ausführung der Injection. Die Injection wird am besten in der seitlichen Thoraxgegend vorgenommen. Die Haut wird selbstverständlich mit Seife und Bürste gereinigt, dann mit Aether abgewaschen. Zur Injection bedient man sich einer 10—12 Ccm., den genannten Inhalt eines Serumfläschchens fassenden aseptischen Spritze, am besten der *Koch*'schen Ballonspritze, deren Glascylinder und Metallcanüle vor dem Gebrauche in 1%ige Soda- und Lysollösung ausgekocht werden. Das Einziehen der Flüssigkeit direct aus dem Fläschchen gelingt nur schwer; man giesse daher den Inhalt zuerst in ein mit heissem Wasser, hierauf mit Alkohol und Aether gewaschenes Gläschen. Nach Adaptiren des Glascylinders an den Ballon wird die Spritze sammt Canüle nochmals mit Alkohol und Aether gereinigt, und nun zieht man die Flüssigkeit derart ein, dass man den comprimirten Ballon langsam sich ausdehnen lässt. Hierauf setzt man die Canüle an, drückt etwas Flüssigkeit zur Füllung der letzteren vor und dreht den Hahn ab. Die Injection selbst geschieht in der Weise, dass man mit der linken Hand eine Hautfalte in die Höhe hebt und mit der rechten die Canüle 2—3 Cm. in's subcutane Zellgewebe stösst, worauf ein Assistent den Hahn öffnet und der Operateur durch langsames Zusammendrücken des Ballons die Flüssigkeit unter die Haut eintreibt. Nach Entfernung der Canüle wird die kleine Stichwunde mit etwas Heftpflaster bedeckt.

1044. ***Ueber die gemischte Bromäthyl-Chloroformnarcose.*** *Von Dr. **W. W. Lesin.** Vortrag am 5. Congress russischer Aerzte 1894. (Centralbl. f. Chir. 1894. 41.)*

In dem Hospital des „rothen Kreuzes" hat Verf. während 2 Jahren 120 Fälle von gemischter Narcose beobachtet. Es wurde Bromäthyl aus der Fabrik von *Merck* und Chloroform von Professor *Pöhl* gebraucht. Das Bromäthyl wurde auf einmal in grösseren Mengen auf die *Esmarch*'sche (in letzten Monaten auf die *Schimmelbusch*'sche) Maske gegossen. Zu Chloroform ging man über, so wie der Kranke Besinnung und Reflexerregbarkeit verlor. Nach einigen Tropfen Chloroforms erfolgte tiefe Narcose, die durch tropfenweises Zugiessen von Chloroform unterhalten wurde. Auf



Grund seiner Notizen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. bei der gemischten Narcose tritt die Anästhesie sehr schnell auf — im Mittel binnen 2 Minuten; 2. für die Periode des Einschlafens sind im Mittel nur 8·2 Grm. Bromäthyl erforderlich, dazu der Chloroformverbrauch vermindert; 3. es kommen keine schweren Erscheinungen vor weder beim Einschlafen, noch während der Narkose selbst; 4. zur Fortsetzung der Narcose ist nur wenig Chloroform — im Mittel 0·9 Grm. pro Minute — erforderlich; 5. schwere secundäre Erscheinungen (Erbrechen, Kopfschmerz etc.) fehlen.

1045. ***Lysidin, ein neues harnsäurelösendes Mittel.*** *Von Stabsarzt **Grawitz**. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 41. — Münchener med. Wochenschr. 1894. 42.)*

Mit dem Namen Lysidin bezeichnet *Ladenburg*-Breslau das schon von *A. W. Hofmann* dargestellte Aethylenäthenyldiamin. *Ladenburg* fand, dass das Mittel eine stark harnsäurelösende, die des Piperazin um das Fünffache übertreffende Wirkung besitzt und übergab dasselbe daher dem Geheimrath *Gerhardt*-Berlin zum Zwecke klinischer Prüfung. Diesbezügliche Versuche wurden nun auf der II. medicinischen Klinik in Berlin vom Verf. an 2 Kranken angestellt. von denen der eine sich in einem acuten, ziemlich heftigen Gichtanfall befand, während bei dem anderen stark ausgesprochene chronische gichtische Veränderungen vorhanden waren. Das Mittel wurde in kohlensaurem Wasser gelöst, pro die 1—5 : 500, gegeben. Was den Erfolg betrifft, so zeigte sich bei dem ersten Patienten eine ausgesprochen günstige Wirkung auf den acuten Gichtanfall, indem Schmerzen und Schwellungen der betroffenen Gelenke prompt zurückgingen, bei dem zweiten Kranken trat eine auffallende Verkleinerung der Tophi und Besserung der Beweglichkeit der grossen und kleinen Gelenke ein. Eine erhebliche Beeinflussung der Harnsäureausscheidung durch das Mittel hat sich aus den angestellten Stoffwechselbestimmungen nicht nachweisen lassen. Störende Nebenwirkungen wurden nie beobachtet.

1046. ***Anwendung des Formalins in der Gynäkologie.*** *Von Geheimrath **v. Winkel**. Aus der Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin. A. Hölder, Wien 1894. (Therap. Monatsh. 1894, pag. 376.)*

Verf. hat das Formalin in 155 Fällen in Anwendung gezogen, und zwar bei der cervicalen, einfachen und bei der gonorrhoischen Leukorrhoe. Er wendet 2 Kaffeelöffel bis 1 Esslöffel einer 10%igen Formalinlösung auf 1 Liter lauwarmes Wasser ein- bis zweimal täglich zu Vaginalinjectionen an. Verf. äussert sich über die Wirkung dahin, dass der Erfolg derselben in Bezug auf Schwellung, Röthung, Hypersecretion und Selbstempfindlichkeit ein ganz vorzüglicher, und mehrere (Patientinnen) versicherten mir gleich im Anfang des Gebrauches, dass sie eine so gut wirksame Einpinselung noch nie gehabt hätten. Zu Pinselungen der Schleimhaut der Cervix und des Gebärmutterkörpers können bis 10%ige Lösungen verwendet werden, ohne dass die Patientin mehr als etwas Brennen verspürt. Injectionen zugleich mit Auspinselung sind nur in hartnäckigen Fällen zu empfehlen; man beginne die Pinselung mit 1%igen Lösungen. Der Erfolg ist oft



ein überraschender, besonders bei mycotischen Colpitiden und Endometriden im Puerperium und ausserhalb desselben. Ferner bei Hypersecretion des Uterus, welche als Begleiter der Lageveränderungen und benignen Neubildungen (Adenome, Myome) vorkommen, aber auch bei malignen Sarcomen und Carcinomen wirkt es secretionsvermindernd und schmerzstillend. Als grosse Vorzüge bezeichnet Verf.: 1. den billigen Preis, 2. Wirksamkeit und vollständige Geruchlosigkeit in der Verdünnung 1:1000 gleich 10.000, 3. die leichte Löslichkeit, Ungiftigkeit, 4. dass es in kleinen Quantitäten zur Geburt mitgenommen werden kann behufs Herstellung der verdünnten Lösung. Als Waschwasser empfiehlt Verf. $^1/_2$—10%ige Lösungen. Besonders warnt Verf. vor zu starken Lösungen. Man muss daher die 40%ige Formaldehydlösung der *Schering*'schen Fabrik mit 3 Theilen Wasser verdünnen, um eine 10%ige Lösung zu erhalten, und damit den vom Verf. gegebenen Vorschriften folgen.

1047. ***Das Lactophenin und seine Wirkung beim acuten Gelenksrheumatismus.*** *Von Dr. G. v. Róth. Aus der med. Klinik des Prof. Neusser in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 37.)*

Verf. wendete das Lactophenin bei Typhus abdominalis, Pneumonie, Influenza, Erysipel, acute fieberhafte, tuberculöse Affectionen, Scarlatina, Sepsis, Influenzaneuralgien, chronischem Gelenksrheumatismus, acutem Gelenksrheumatismus an. Bei einzelnen Kranken machte sich ein Druck- und Hitzegefühl in der Magengegend bemerkbar, das jedoch, einen einzigen Fall ausgenommen, selbst beim Fortgebrauch des Medicamentes wieder verschwand. Eine weitere Erscheinung, die mitunter auftritt, ist die Entstehung von Cyanose, die aber von keinen anderen Symptomen von Seite des Respirations- oder Circulationsapparates begleitet wird, zumeist trotz fortgesetzter Medication nach kurzer Dauer verschwindet und vielleicht auf einer Einwirkung des Lactophenins auf das Blut selbst, respective auf das Hämoglobin beruht. Am zweckmässigsten ist es, das Lactophenin in Amylumkapseln oder einfach mit Wasser zu verabreichen, und zwar in Gaben von 0·5—1 Grm., die je nach der zu erstrebenden antipyretischen oder beruhigenden Wirkung bis auf 6 Grm. pro die gesteigert werden können. Etwa eine Stunde nach Einverleibung von 0·5 Grm. pflegt sich ein subjectiv wahrnehmbares Hitzegefühl mit darauffolgendem, mehr oder weniger heftigem Schweissausbruch einzustellen. Verf. bezeichnet mit *v. Jaksch* und *Jaquet* das Lactophenin als ein angenehmes und zuverlässiges Antipyreticum. Auf die Secretionen scheint das Mittel keinen Einfluss zu nehmen. Die Diurese bleibt normal. Bezüglich der Wirkung des Lactophenins als Antirheumaticum beobachtete Verf., dass bei Anwendung dieses Medicamentes die Schmerzen, locale Röthung und Schwellung innerhalb weniger Tage, meist schon nach 24—48 Stunden, verschwinden, die Heilung sehr rasch eintritt und trotz der grossen Gaben keine üblen Nebenwirkungen erfolgen. Lactophenin hat sich auch bei einzelnen Fällen von Chorea vorzüglich bewährt. Ebenso milderten sich bei Tabikern die heftigsten Neuralgien nach einigen Dosen dieses Medicamentes.



Therapie, Hydrotherapie, Mechanotherapie.

1048. ***Glycosurie nach dem Gebrauch von Thyreoidextract.*** *Von* ***W. Dale James.*** *(Brit. Journ. of Dermat. 1894. Juni. — Therap. Monatsh. 1894, pag. 479.)*

Bei einem 45jährigen, an Psoriasis leidenden Arzt, der bereits längere Zeit Thyreoidextract in kleinen Dosen (1 Pastille von *Burroughs*, *Wellcome* etc.) ohne Erfolg genommen hatte, stellten sich nach dem Gebrauch grösser Dosen (4 Pastillen) nach Verlauf einer Woche grosse Depression und Herzpalpitationen ein. Die nervösen Erscheinungen steigerten sich, Patient bekam das Aussehen eines sehr alten Mannes und nach einer weiteren Woche stellte sich unstillbarer Durst ein. Die Harnmenge war bedeutend vermehrt, Pulsfrequenz 132, die Respiration war erschwert und der Athem roch nach Aceton. Der Urin hatte ein specifisches Gewicht von 1032 und enthielt grosse Mengen Zucker. Die Thyreoidbehandlung wurde sofort ausgesetzt und eine antidiabetische Diät angeordnet. Der Zucker im Urin nahm täglich ab und war nach 9 Tagen gänzlich geschwunden. Auch der Allgemeinzustand hob sich und nach 2 Wochen war der Patient bis auf seine Psoriasis wieder gänzlich hergestellt.

1049. ***Können die natürlichen Mineralwässer und ihre künstlichen Nachahmungen als identisch betrachtet werden?*** *Von Universitäts-Professor* ***Béla Lengyel.*** *(Aus den Berichten des VIII. internat. Congresses für Hygiene und Demographie in Budapest. 1894.)*

Verf. weist zunächst darauf hin, dass die Grundlage der künstlichen Mineralwässer-Erzeugung die Analyse der natürlichen Mineralwässer ist. Bei der Analyse werden aber nicht die im Mineralwasser befindlichen Salze, sondern nur die Bestandtheile dieser Salze bestimmt. Die Darstellung der analytischen Resultate in Form von Salzen geschieht durch Rechnung, deren Ausführung der Willkür des Analytikers anheimgestellt ist, da wir nicht wissen, wie die Bestandtheile des Wassers in der Wirklichkeit zu Salzen vereinigt sind. Manche berechnete Bestandtheile des natürlichen Wassers kann man dem künstlichen gar nicht zusetzen, z. B. Eisencarbonat, Calciumcarbonat u. s. w. Diese Bestandtheile sollen im künstlichen Mineralwasser durch chemische Wechselwirkung hergestellt werden. Es können die Materialien, aus denen das Mineralwasser erzeugt werden soll, verunreinigt sein, oder sie nehmen während der Fabrication geringe Spuren von Verunreinigungen auf. Die künstlichen Mineralwässer enthalten gewöhnlich mehr Kohlensäure, als die natürlichen, welche zwar die Conservirung des Wassers begünstigt, aber das Dissociations-Gleichgewicht anders gestattet. Es können ferner diejenigen geologischen Verhältnisse (Druck, Temperatur, Umgebung), unter welchen sich das natürliche Wasser bildet, nicht nachgeahmt werden. Wenn man dies Alles in Betracht zieht, und bedenkt, dass in frisch bereiteten Lösungen von verschiedenen Salzen, also auch in den künstlichen Mineralwässern, das chemische Gleichgewicht sich nicht momentan einstellt, so wird man nicht zögern, die gestellte Frage dahin zu



beantworten, dass die natürlichen Mineralwässer und ihre künstlichen Nachahmungen chemisch nicht identisch sein können. Der Vortr. proponirte folgende Resolution zur Annahme: „Die Section möge aussprechen, dass die natürlichen Mineralwässer und ihre künstlichen Nachahmungen aus wissenschaftlichen Gründen als nicht identisch betrachtet werden müssen, und dass ihr therapeutischer Werth verschieden ist."

1050. ***Ueber den Einfluss der Lävulose auf die Traubenzuckerausscheidung bei Diabetes und über einige gegen denselben empfohlene Arzneimittel.*** *Von Dr. **Bohland.** (Therap. Monatsh. 1894. August. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 44.)*

Verf. hat die Angaben von *Külz* über die Assimilirung der Lävulose bei Diabetikern einer Nachprüfung an 2 Pat. unterzogen. Diese ergab, übereinstimmend mit den Resultaten anderer Autoren, dass die Verwerthung der Lävulose nicht bei allen Diabetikern in dem Masse gleichmässig erfolgt, als es *Külz* angegeben hat. Bei einem Falle von leichtem Diabetes verursachten kleine Gaben bis zu 40 Grm. keine Steigerung der Traubenzuckerausscheidung, bei Darreichung von 50 Grm. stieg die ausgeschiedene Zuckermenge um 20 Grm.; bei einem Pat. mit schwerem Diabetes erhöhte sich jedes Mal, selbst bei der Einführung von sehr geringen Dosen von Lävulose, die Ausscheidung des Traubenzuckers. Verf. glaubt, dass die praktische Anwendung der Lävulose bei der Ernährung der Diabetiker keine sehr ausgedehnte sein wird. In der Besprechung einiger gegen Diabetes empfohlener Arzneimittel theilt Verf. zunächst mit, dass er weder von Syzygium Jambolanum, noch von Myrtillenpillen und Piperazin günstige Erfolge gesehen hat. Dagegen kann er über 2 Fälle berichten, in denen lange Zeit fortgesetzte Opiumbehandlung eine völlige Heilung eines schweren Diabetes, beziehungsweise eine auffallende Besserung herbeiführte. Verf. räth bei der Wirkungslosigkeit der häufig angewendeten Mittel (wie Antipyrin, Phenacetin, Natrium salicylicum) zu häufigeren Versuchen mit grösseren Dosen von Opium, das am besten in Form der Tinctura thebaica verabfolgt wird.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

1051. ***Drohender Tod einer nahezu verbluteten Frischentbundenen. Infusion eines Liters physiologischer Kochsalzlösung in die eine Radialarterie, und zwar centralwärts. Rettung der Kranken.*** *Von **Howard A. Kelly** in Baltimore. (Amer. Journ. of Obstetr. August-Heft 1894, pag. 184.)*

Eine 34jährige Erstgeschwängerte (von der aber nicht angegeben wird, in welchem Monate sie schwanger war), die gleichzeitig an Albuminurie litt, fing zu bluten an und stellten sich gleichzeitig Wehen ein. Bei der Untersuchung fand sich, dass die Vaginalportion noch erhalten und der Muttermund nur wenig eröffnet war. Die früher hörbaren Fötalpulse waren nicht ver-



nehmbar und machte es den Eindruck, dass eine innere Blutung da war, da die Person ungemein rasch collabirt war. Es wurde eine spontane Ablösung der tiefsitzenden Placenta angenommen und beschlossen, die Geburt künstlich zu beenden. Unter vielen Mühen nur gelang es, die Frucht auf die Füsse zu wenden und sofort zu extrahiren, wobei sie aber ihr Leben verlor. Wie aus der Mittheilung zu entnehmen, war die Placenta weder vorzeitig gelöst, noch sass sie abnorm tief unten auf. Mühsam nur wurde die Placenta stückweise entfernt. Während und nach der Entbindung entleerten sich aus dem Uterus enorme Mengen geronnenen und flüssigen Blutes. Die nächsten 24 Stunden befand sich die Kranke, da immer noch etwas Blut abging, in der drohendsten Gefahr der Verblutung. Da sich endlich Convulsionen einstellten (die nur Folge der excessiven Anämie waren und die Verf. irrthümlich als eclamptische auffasste), so wurde beschlossen, Wasser in das Gefässsystem zu injiciren, um dem drohenden Herzstillstande vorzubeugen. Es wurde die Arteria radialis am rechten Handgelenke blossgelegt und in dieselbe eine Canüle eingelegt, die mit einem Irrigator in Verbindung stand, der eine warme 6°/₀ige Kochsalzlösung enthielt. Die Spitze der Canüle sah central- und nicht peripherwärts. Es wurde ein Liter Flüssigkeit eingegossen. Sofort darauf wurde der Puls fühlbar und schwanden die drohenden Collapserscheinungen. Zu erwähnen wäre noch, dass knapp vor Vornahme der Salzlösungsinfusion noch ein Stück der Placenta aus dem Uterus entfernt wurde. Die Kranke erholte sich auffallend rasch. Als üble Complication stellte sich, unabhängig von der Infusion, 21 Tage später eine Phlebitis des rechten Beines ein. Es ist dies der erste Fall, in dem bei drohender Verblutung eine Kochsalzlösung centralwärts (und nicht peripherwärts) in eine Arterie gemacht wurde. *Kleinwächter.*

1052. ***Puerperale Infection mit tödtlichem Ausgang, verursacht durch Bacterium coli commune.*** *Von* ***H. Eisenhart****, München. (Arch. f. Gynäk. Bd. XLVII. Heft 2, pag. 189.)*

Die neuesten Forschungen ergeben, dass ein Mikroorganismus mehrere vollständig von einander verschiedene Erkrankungen hervorrufen kann (wie z. B. der *Fränkel*'sche Pneumococcus eine croupöse Pneumonie, eine Meningitis, eiterige Parotitis und Hautabscesse) und andererseits wieder verschiedene Mikroorganismen einen und denselben Krankheitsprocess. (Eiterungserreger sind neben dem Staphylo- und Streptococcus z. B. noch der Pneumococcus *Fränkel-Weichselbaum*, der Bacillus pyocyaneus, der Mikrococcus tenuis und tetragenes, der Gonococcus, der Bacillus enteriditis, der Typhusbacillus und das Bacterium coli commune.) Entsprechend diesen Forschungsergebnissen erwies es sich neuester Zeit, dass bei der Puerperalperitonitis zuweilen als Eitererreger nicht der Strepto- oder Staphylococcus, sondern das Bacterium coli commune gefunden wird. Einen solchen Fall beobachtete Verf. in München. Derselbe betraf eine Puerperalkranke mit einem rechtsseitigen, dem Ligamentum Poupartii parallel liegenden parametritischen Exsudate bei gleichzeitiger Schwellung und Schmerzhaftigkeit der rechten Unterextremität ohne Venenthrombose. Des Weiteren kam es unter Fieber zu eiterigem Zufalle des Exsudates und zu Albuminurie. Der



Eiterherd zeigte die Tendenz, nach aussen durchzubrechen. Auffallend war es, dass sich im uneröffneten Abscesse die Gegenwart von Luft nachweisen liess. Der entleerte Eiter nach Eröffnung des Abscesses zeigte zahlreiche Bacilli coli communes und konnten aus demselben die entsprechenden Culturen gezüchtet werden. Ebenso enthielt der Harn den gleichen Mikroorganismus. Da sich die Eiterhöhle nach oben und innen zu hinauf erstreckt und Jodoformgazedrainage die Eitermenge nicht minderte, so wurde neben einem Drainrohr ein gut fingerdicker Methylviolettstift in der Richtung nach oben und innen eingeschoben. Das Exsudat resorbirte sich des Weiteren nicht. Es traten urämische Erscheinungen auf, denen die Kranke nach zweimonatlicher Behandlung erlag. Die Section ergab parenchymatöse Degeneration der Nieren. Von der Wunde aus gelangte man in einen subperitoneal gelegenen 6 Cm. langen, 2 Mm. breiten Canal, der sich von der Mitte des rechten horizontalen Schambeinastes nach hinten und oben gegen die Wirbelsäule erstreckte und in der Höhe des 5. Lendenwirbels in eine taubeneigrosse Eiterhöhle überging, die von ihrer Umgebung nicht scharf abgegrenzt war. Das umgebende Gewebe war morsch, weich und unterminirt, der Knochen aber nicht angegriffen. Das Unterhautzellgewebe und die Musculatur der rechten Unterextremität enthielt wässerige purulente Flüssigkeit. Da Verf. das Bacterium coli commune schon bei Lebzeiten der Kranken in dem Eiter fand, so nimmt er an, dass dieses die puerperale Erkrankung bedingte. Damit schliesst er aber nicht aus, dass vielleicht doch der Staphylococcus pyogenes hier eine vorbereitende Rolle spielte und gewissermassen den Boden für die Weiterentwicklung der Kranken präparirte. Er nimmt an, dass die Infection vom Anus her ihren Weg nahm, und zwar durch die Scheide, respective den Uterus. Die Infection der Blase meint er, erfolgte auf gleichem Wege per urethram. Er glaubt, dass die Infection auf die Weise stattfand, dass bei Reinigung des Afters nicht gegen den Damm, sondern gegen die Vagina hin gewischt wurde. Die Erkrankung der Nieren war eine Fortpflanzung der Infection von der Blase her. *Kleinwächter.*

1053. ***Beziehungen gastrointestinaler Affectionen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.*** *Von Dr.* ***Theilhaber****, München. (Münchener med. Wochenschr. XL. 1893. 47. 48. — Schmidt's Jahrb. 1894. 7.)*

Verf. berichtet über 45 Kranke, welche ihm von Dr. *Crämer*, Specialarzt für Magen- und Darmkrankheiten, zur gynäkologischen Untersuchung zugeschickt worden waren; alle diese Kranken litten an „Magenbeschwerden", 25 an Dyspepsia nervosa, 12 an Atonie des Magens, 2 an Magencatarrh, 2 an chronischen Darmcatarrh, 1 an Anaciditas, 1 an Hyperchlorhydrie, 1 an Ulcus und 1 an Enteroptose. Die gynäkologische Untersuchung ergab 4 Mal Fehlen jeder Abnormität, 19 Mal Endometritis catarrhalis mit mehr oder weniger starker Verdickung des Uterusparenchyms, 4 Mal Endometritis haemorrhagica, 10 Mal Retroflexio und Retroversio uteri, 3 Mal Oophoritis, 2 Mal Parametritis posterior, 1 Mal abgelaufene puerperale Parametritis, 1 Mal Retroversio uteri anteflexi, 1 Mal Bestehen eines kleinen Uvealtumors. Was den Zusammenhang der gynäkologischen Leiden mit den Magen- und Darmbeschwerden

betrifft, so trennt Verf. 3 Gruppen: Die erste Gruppe besteht aus solchen Fällen, in welchen die gynäkologische Abnormität nur ein zufälliger Nebenbefund ist. Zu der zweiten Gruppe gehören diejenigen Fälle, in welchen die gynäkologischen Beschwerden durch die Affection des Magendarmcanals bedingt sind; Verf. erwähnt hier besonders Fälle, in welchen Metrorrhagien und Menstruationskoliken durch Coprostase hervorgerufen werden. In einer dritten Gruppe ist der Zusammenhang der, dass das Uterusleiden die Ursache der Magen- und Darmstörungen ist.

1054. ***Spontane Reinversion bei einer acut entstandenen Inversio uteri.*** *Von **H. Vogt**, Bergen. (Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1894. 7, pag. 847.)*

Nach einer Zangenentbindung einer 42jährigen Erstgebärenden mit angeborener beiderseitigen Luxation der Oberschenkel und Expression der Placenta machte sehr starke Blutung die Congestion des Fornix nothwendig, wobei sich die Zeichen einer fast completen Inversion der Gebärmutter sozusagen unter den Händen des Accoucheurs entwickelten. Nach einer heissen Vaginalinjection nahm der Uterus sofort wieder die normale Stellung ein. Die günstige Wirkung der heissen Einspritzungen in die Scheide zur Herstellung normaler Contraction der Gebärmutter ist schon früher in Norwegen von *Victor Smith* dringend befürwortet. *Th. Husemann.*

1055. ***Ueber die operative Behandlung des Pyloruscarcinoms.*** *Von Prof. Dr. **Kraske**, Freiburg. (Berliner klin. Wochenschr. 1894. 20, 21. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 38.)*

Die endgiltigen Heilerfolge sind beim Pyloruscarcinom bisher noch keineswegs besonders glänzende, hauptsächlich weil der chirurgische Eingriff wohl immer zu spät gemacht ist. Nichtsdestoweniger sind die Resultate der Operation doch schon zufriedenstellend, wenn man sich die Frage vorhält, wie sehr dem Kranken Nutzen geschaffen worden ist. Die Gastroenterostomie ist beim Pyloruskrebs ein vollberechtigter Eingriff, wenngleich die unmittelbare Gefahr der Operation eine recht erhebliche ist. Von allen Kranken, an denen bisher operative Eingriffe am Magen wegen Pyloruscarcinom gemacht wurden, ist etwa die Hälfte an den Folgen der Operation gestorben. Verf. hat 14mal bei Kranken mit Pyloruscarcinom operirt; 4mal die Resection des Pylorus, 10mal die Gastroenterostomie gemacht. 6 Patienten sind gestorben und 8 durchgekommen (43%), und zwar sind die ersten 6 Fälle, die Verf. operirte, eingegangen, während die 8 letzten am Leben blieben. Er schiebt die Hauptschuld der schlechten Resultate am Anfang einer unrichtigen Indicationsstellung zu. Man soll beim Pyloruskrebs nicht mehr operiren, wenn der Kranke bereits stark heruntergekommen ist. Die Resection des Pylorus soll nur dann ausgeführt werden, wenn der Tumor frei beweglich ist und Metastasen vollkommen ausgeschlossen werden können. In allen übrigen Fällen darf nur die Gastroenterostomie in Frage kommen. Wenn man allmälig dahin käme, beim Pyloruscarcinom zu operiren, wenn er noch gar nicht als Tumor gefühlt und noch nicht mit Sicherheit diagnosticirt werden kann, so würden die Operationsresultate zweifellos bedeutend bessere werden. Verf. beschreibt den Operationsgang, nach welchem er vorgeht: Bei der

Pylorusresection wird das zu resecirende Stück von seinen Peritonealligamenten freigemacht, vor die Bauchdecken gebracht, während die Bauchhöhle unter demselben austamponirt wird. Das Duodenum wird abgeschnürt (Seidenfaden) und der Darm zwischen Ligatur und den das Duodenum comprimirenden Fingern eines Assistenten quer durchtrennt. Der Magen wird von einem anderen Assistenten am Tumor gehalten und hervorgezogen und die Magenwand an der grossen Curvatur nur 1—2 Cm. quer durchschnitten und sogleich mit der Annähung des Duodenum begonnen. Ist die Naht in der Ausdehnung der gesetzten Wunde vollendet, so wird die Oeffnung im Magen schrittweise vergrössert und jedem Schritt sofort die Weiterführung der Naht nachgesetzt. Wenn das Duodenallumen vollkommen in die Magenwunde eingenäht ist so wird nach und nach der Tumor ganz abgetragen und die Magenwandungen mit einander vereinigt. Der Hauptvortheil dieser Methode besteht darin, dass eine Compression der Darm- und Magenwandung durch Instrumente vollends fortfällt, was sicherlich für das reactionslose Verheilen der aneinander gebrachten Theile von grosser Wichtigkeit ist. Die Verhütung eines Austrittes von Magen- und Darminhalt wird durch die beschriebene Methode vollkommen und sicher erreicht. Bei dem schrittweisen Vorgehen der Abtrennung wird die Blutstillung, namentlich an der Magenwand, sehr erleichtert, indem jedes durchschnittene Gefäss sofort gefasst und unterbunden werden kann. Bei der Technik der Gastroenterostomie verfährt Verf. nach der von *Wölfler* angegebenen Methode und ist bemüht, so weit als möglich ausserhalb der tamponirten Abdominalhöhle zu operiren.

Was nun die Nachbehandlung anbetrifft, so verabfolgt Verf. den Kranken schon am ersten Tage nach der Operation öfters in kleinen Mengen Wein mit Wasser, auch Fleischbrühe und Milch löffelweise. Am zweiten oder dritten Tage verabfolgt er seinen Patienten schon Eier und am Ende der ersten Woche auch schon leicht verdauliche Nahrung in fester Form. Dabei werden die Kranken öfters am Tage auf die rechte Seite gelegt oder in halbsitzende Stellung gebracht.

1056. ***Unterbindung der Artt. iliacae internae gegen Prostatahypertrophie.*** *Von Dr. **A. Bier**, Kiel. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. VI. 32. — Schmidt's Jahrb. 1874. 4.)*

Die Thatsache, dass man gutartige Muskel-, Drüsen- und Bindegewebsgeschwülste durch eine blosse Beschränkung der Blutzufuhr, die die Function der befallenen Theile nicht zu beeinträchtigen braucht, zum völligen Verschwinden oder wenigstens zu erheblicher Verkleinerung bringen kann, hat Verf. zu dem Versuch bewogen, auch bei der Prostatahypertrophie durch Unterbindung der zuführenden Gefässe die Geschwulst und damit das Hinderniss für die Harnentleerung zu beseitigen. Anatomische Erwägungen liessen es von vornherein ausgeschlossen erscheinen, die zur Prostata verlaufenden kleinen und noch dazu in ihrem Ursprunge und Verlaufe mannigfache Varietäten darbietenden Arterien einzeln aufzusuchen und zu unterbinden. Das einzige Mittel, um wirksam die Blutzufuhr zur Prostata zu beschränken, ist die Unterbindung des Stammes der gleichseitigen Art. iliaca



int. bei der seltenen, hauptsächlich auf einer Seite sitzenden Hypertrophie beider Arterien bei der gewöhnlichen allgemeinen Hypertrophie der Prostata. Verf. nimmt die Unterbindung der Arterie unmittelbar unter ihrer Abzweigung von der Art. iliaca com. vor, und zwar extraperitoneal. Irgend eine Circulationsstörung hat er auch nach Unterbindung beider Art. iliacae int. nicht beobachtet. Er hat seine Methode bisher in 3 Fällen ausgeführt. Der erste Patient erlag mehrere Tage nach der Operation einer septischen Peritonitis: die Unterbindung der Art. iliaca int. war transperitoneal vorgenommen worden. In den beiden anderen Fällen war die Abnahme der Prostatageschwulst so auffällig und stark, dass eine Täuschung völlig ausgeschlossen ist. Bei beiden Kranken stellte sich bald nach der Unterbindung wieder spontane Harnentleerung ein; die Menge des Residualharns nahm stetig ab; der Harnstrahl verstärkte sich. „Ob alle Prostatahypertrophien derart prompt auf die Unterbindung der Art. iliaca int. reagiren, lässt sich bei den wenigen Beobachtungen, ob die Prostata in späterer Zeit nicht wieder von Neuem wächst, bei der Kürze der Beobachtungszeit nicht entscheiden. Immerhin aber sind die Erfolge in unseren Fällen bis jetzt derartige gewesen, dass wir diese Behandlungsmethode Aerzten, die gleich uns von der bisherigen Therapie der Prostatahypertrophie durchaus unbefriedigt sind, wohl mit Recht zur Nachprüfung empfehlen können, wenigstens wenn es sich um frischere Fälle mit der zum ersten Mal eintretenden Harnverhaltung handelt, wie das bei unseren Patienten der Fall war."

Laryngologie, Otiatrik und Ophthalmologie.

1057. ***Der pharyngo-laryngeale Typus der acuten Miliartuberculose.*** *Von Dr. G. Catti, Fiume. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 24. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 43.)*

Verf. stellt zu den 4 Formen (nach *Strümpell*) der acuten Miliartuberculose einen fünften, sehr seltenen, bei Kindern vorkommenden Typus — den pharyngo-laryngealen — auf. Seine beiden Fälle, einer auch mit Obductionsbefund, ergeben das folgende Krankheitsbild: An hereditär belasteten zarten Kindern afebriler Verlauf heftiger Larynxstenose und Schlingbeschwerden, später auch Herzschwäche und Athemnoth, endlich in Allgemeinem Collaps letaler Ausgang nach 1—3 wöchentlicher Krankheitsdauer. Local zeigen sich hochgradige ödematöse Schwellung, Röthung, stellenweise auch Ecchymosirung der Uvula, des Gaumensegels, der Tonsillen, der Epiglottis, der aryepiglottischen Falten, beziehungsweise auch des Kehlkopfinneren in den ersten Tagen; bald darauf stellenweise membranöser Belag, an den freien Partien aber reichlicher Ausbruch emporragender grauer und gelblicher miliarer Tuberkel. Meningeale und Lungensymptome fehlen, beziehungsweise treten ganz zurück. Die anatomische Diagnose in dem klinisch verfolgten Fall war allgemeine acute Miliartuber-



culose, bestätigte also die klinische Diagnose. Da nun die Kehlkopf- und Rachenerscheinungen in so hohem Grade der fast gleichmässigen Betheiligung der übrigen Organe prävaliren, macht Verf. den eingangs erwähnten Vorschlag.

1058. ***Gummihütchen als Ueberansatz beim Politzer-schen Verfahren.*** *Von Dr. **Hugo Bergeat.** München. (**Monatsschr. f. Ohrenhk.** 1894, pag. 10.)*

Der Vorschlag des Verf.'s dient der Asepsis und Reinlichkeit. Es wird von vielen Ohrenärzten das *Politzer*'sche Verfahren nicht unter Anwendung des oliven-, sondern des kegelförmigen (Catheter-) Ballonansatzes ausgeübt; der Patient ist dabei leichter in der passenden Stellung festzuhalten. Die Montirung des Ansatzes mit einem Stückchen Weichgummischlauch, welches jedem Patienten besonders zugewiesen wird, macht das Verfahren sicherer und für den Patienten angenehmer und erweckt obendrein den Anschein einer vollendeten Reinlichkeit. Es passirt aber gerade bei der bestgelungenen Ausübung, dass der durch unsere Finger bewerkstelligte vordere Nasenabschluss gesprengt und dass der Ballon, unsere Hand und selbst unser Kleid mit Naseninhalt bespritzt wird. Um diese Ejecta abzufangen, hat Verf. ursprünglich ein Gummiplättchen in Gestalt eines sogenannten Uhrschützers abwärts vom Schlauchstückchen auf den Catheteransatz gesteckt. Später hat er Schlauchstück und Schutzplättchen zu einem Hütchen vereinigen lassen, welches die Urformen eines Cylinderhutes bei Fehlen der Deckelplatte aufweist. Das Abnehmen des Hütchens, welche Verrichtung beim einfachen Gummischlauche oft zeitraubend und jedesmal unappetitlich ist, ist vollkommen leicht und reinlich, die 5procentige Carbolsäure, in welcher die Hütchen sofort nach Gebrauch ihren Aufenthalt nehmen, verändert die ursprünglichen Eigenschaften derselben nicht. Das Gummihütchen ist von Pfau in Berlin zu beziehen.

1059. ***Ueber Eiterungen der Siebbeinzellen.*** *Von Doctor **Egmont Baumgarten,** Budapest. Bericht über die Section „Laryngologie" der Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte. 1894. (**Monatsschr. f. Ohrenhk.** 1894. 10.)*

An der Hand von kurz mitgetheilten Befunden liessen sich folgende Formen der ziemlich häufig beobachteten chronischen Eiterung der Siebbeinzellen unterscheiden: 1. einfache Caries und Necrose des Siebbeinknochens, 2. Cariesnecrose mit Eitersackbildung, 3. mit Polypenbildung, 4. mit ossificirender Tendenz, doch werden alle Formen als verwandte Processe angesehen, da bei allen die Erkrankung des Siebbeinknochens gemeinschaftlich ist. Es wurden nur die primären reinen Formen berücksichtigt. In vielen Fällen war Lues, in vereinzelten Tuberculose, Typhus, Scharlach, Influenza etc. als Ursache anzunehmen. Subjective Symptome können auch ganz fehlen, am häufigsten war Schmerz in den Nasenbeinen, in der Schläfe vorhanden, seltener Schmerz im Auge, Unlust, Vergesslichkeit, Parosmie etc. Objectiv war immer Eiter sichtbar und mit der Sonde kranker Knochen fühlbar. In manchen Fällen sah man im mittleren Nasengange einen Schleimhautwulst mit einer Spalte oder einem Eitersack, Granulationen und Polypen, Schwellung und Röthe um das Auge, im Gesichte. Die Prognose



ist bei reinen Fällen günstig, wenn rechtzeitig operirt wird, doch die Gefahr des Weiterschreitens oft durch nichts aufzuhalten. Die Therapie besteht aus Auskratzung und Entfernung alles Krankhaften und Jodoformgazetamponade. Nachträglich wichtig ist fleissig Controle.

1060. ***Ueber Lymphosarcom des Rachens und des Kehlkopfes.*** *Von Prof.* ***Störk.*** *Bericht über die Section „Laryngologie" der Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894. 10.)*

Verf. zeigt, dass durch die neuen Untersuchungsmethoden unsere Kenntniss um eine grosse Reihe von Krankheiten, die wir und alle anderen Aerzte falsch, und zwar bis in die jüngste Zeit unrichtig diagnosticirt haben, durch feinere anatomische und mikroskopische Untersuchungen klargelegt wurden. Durch die Erkennung des Rhinosclerom-Bacillus hat die grosse, unaufhaltbare und unheilbar gewordene Gruppe von Lues hereditaria ihre Einengung gefunden, oder, richtiger gesagt, auf die Diagnose Rhinosclerom zurückgeführt werden können. Ebenso erging es mit der sehr oft undefinirbaren Diagnose von Scrophulose. Man hat es kaum auszusprechen gewagt, dass starke, gesunde Menschen, die nie früher im Leben krank waren, nun ihre Drüsenschwellung und Drüsenvereiterungen bekamen, unter der Flagge Scrophulose geführt und behandelt wurden, bis man endlich den Strahlenpilz fand, der durch eingeführte Speise, zerkaute Aehren oder Fruchtkerne in den Mund kam und mit den an ihnen haftenden Pilzen (Actinomycespilzen) das Individuum auf Jahre hinaus vergiftete oder, richtiger gesagt, an den unterschiedlichsten Stellen in den Drüsen des Unterkiefers zum Ausbruche kam. In diese Reihe der bisher gar nie im Leben richtig diagnosticirten Erkrankungen gehört das Lymphosarcom. Alle Fälle von Lymphosarcomen wurden bisher am Sectionstische oder in vivo nur durch Herausschneiden eines exulcerirten Tumors oder eines Partikels, und dann nur durch die mikroskopische Untersuchung erkannt. Die Sammlung von Lymphosarcom-Präparaten und deren lichte und klare Beschreibung durch Prof. *Kundrat* hat es dem Vortragenden möglich gemacht, auch in vivo die Diagnose eines Initialstadiums zu erkennen.

1061. ***Der erste publicirte Fall einer Pharyngitis phlegmonosa acuta, durch eine Meningitis purulenta complicirt.*** *Von* ***Stanislaus von Stein.*** *(Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894. 10.)*

Ein Steinhauer, 32 Jahre alt, fühlte sich seit circa einer Woche unwohl und verspürte beim Schlucken Schmerzen. Er klagte auch über Frostanfälle. Bei der Inspection des Pharynx bei schwer geöffnetem Munde sieht man rechts oben an der Grenze des harten und weichen Gaumens eine ziemlich grosse, intensiv rothe, hart anzufühlende, beim Schlingen schmerzhafte Anschwellung. Die rechte Tonsille ist auch mässig geschwollen. Das Zahnfleisch dieser Seite ist geröthet. Alle Zähne schwarz (über den Grund dieser Erscheinung liess sich nichts Näheres erfahren). 13. October. Temperatur Abends 38·5. Antiseptische Gurgelungen. 14. October. Temperatur Morgens 36·8, Abends 39·5. Puls 80. 15. October Temperatur Morgens 38·2, Abends 38·6. Verf. indicirte die noch stärker vorgewölbte Stelle. Es entleerte sich circa ein halber Theelöffel gelben Eiters. 17. October. Temperatur Morgens 37·5, Abends



38·7. Die Anschwellung ist kleiner geworden. Der Mund wird leichter geöffnet. 18. October. Temperatur Morgens 38·2, Abends 39·5. In der Region der rechten Parotis hat sich eine bedeutende, schmerzhafte Anschwellung gebildet. Im Rachen hat sich die Tonsillitis zurückgebildet und das Schlucken ist schmerzlos. 19. October. Temperatur Morgens 39·2, Abends 39·2. Die äusserliche Anschwellung in der Parotisgegend nimmt zu. Die Conjunctiva des rechten Auges ist injicirt und das untere Augenlid ödematös. Thränenfluss; keine besonderen Schmerzen. Compress. Ungt. gris. 20. October. Temperatur Morgens 39·0, Abends 40·0. Die Anschwellung breitet sich auf die Nase aus. In der Region der linken Parotis hat sich bereits eine schmerzhafte Schwellung gebildet. Delirium. Taubheit. 22. October. Temperatur Morgens 38·2. Tod. Section am 23. October. Eitrige Infiltration aller Weichtheile in den Fossae spheno-palatinae, links und rechts, was man auf der Sägefläche des Knochens gut wahrnimmt. Im weichen Gaumen ist die eitrige Infiltration nur rechts zu constatiren. Aus den beiden Fossae spheno-palatinae hat sich der Eiter beiderseits durch die beiden Fissurae orbitales inferiores unter der Dura mater bis in die Regionen der beiden Ganglia Gasseri seinen Weg gebahnt. Linkerseits ist von ihm die Pia mater der Temporalgegend an der basalen Fläche derselben infiltrirt. Endlich ist sogar die graue Hirnsubstanz an der Spitze des Lobus temporalis zerstört, welchen Defect man gut sieht, wenn man diese Partie mit einem Wasserstrahle berieselt. Es wurde auch ein kleiner Abscess im linken Musc. temporalis gefunden. In den Lungenspitzen Spuren eines längst abgelaufenen tuberculösen Processes in Form von Bindegewebswucherungen bei Vorhandensein 2—3 kleiner Cavernen. Die Milz ist vergrössert und weich. Muscatleber und cyanotische Nieren. In dem geschilderten Falle handelte es sich dem pathologischen Befunde nach höchst wahrscheinlich um den Krankheitsprocess, welchen *Senator* unter dem Namen „primäre acute infectiöse Phlegmone des Pharynx" beschrieben hatte, und welcher bereits auch von anderen Aerzten beobachtet wurde. Der Unterschied liegt in diesem Falle erstens in der Abwesenheit von hämorrhagischer Gastritis und zweitens in der Verbreitungsrichtung der eitrigen Infiltration nicht nach unten auf die Halsregion (Zungengrund, Kehlkopfdeckel, Kehlkopf, Lymphdrüsen etc.), sondern nach oben auf's Gesicht, Nasenrachenraum und Gehirn.

1062. ***Ueber den therapeutischen Werth von Carbolglycerin und Menthol bei Ohrenkrankheiten.*** *Von Dr.* **Szenes.** *Bericht über die Sitzung der Section „Ohrenheilkunde" der Versammlung deutscher Naturf. u. Aerzte. 1894. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1894. 16.)*

Das 10—15—20%ige Carbolglycerin eignet sich für das Anfangsstadium der acuten Paukenhöhlenentzündung zu Instillationen. Letztere sollen gut warm sein, dürfen jedoch nur bei imperforirtem Trommelfelle angewendet werden und bewirken häufig eine Zurückbildung des ganzen Processes. Droht das Trommelfell spontan durchzubrechen, oder besteht sogar schon ein Trommelfelldefect, dann darf eine so starke Carbollösung gewiss nicht gebraucht werden. Das 10—15%ige Mentholöl hat Verf. in den letzten 5 Jahren in 150 Fällen versucht und kann dasselbe zur Behandlung der Gehör-



gangsfurunkel wie auch der diffusen Anschwellungen der Gehörgangswände empfohlen werden. Nebst der antiseptischen Wirkung muss besonders die bequeme Behandlungsweise, welche sich speciell für poliklinische Zwecke sehr gut eignet, hervorgehoben werden. Die mit dem Mentholöl getränkte Wattewicke verbleibt immer 24 Stunden lang im äusseren Gehörgange. Die Lösung verursacht zwar ein lästiges Gefühl von Brennen, welches jedoch bald, manchmal aber erst nach mehreren Stunden aufhört. Es vermag wohl manchmal nicht Recidiven zu verhüten, doch kommt man in vielen Fällen ganz gut damit fort. Am besten bewährt es sich bei Furunkeln, wenn man diese eröffnet, deren ganzen Inhalt mit dem scharfen Löffel auskratzt und dann den Mentholöltampon in den Gehörgang einführt; der Heilungsprocess wird auf diese Weise oft bedeutend verkürzt. — Verengerungen des äusseren Gehörganges, welche neben einem Furunkel oder einer diffusen Otitis externa entstehen, pflegen sich unter Wirkung eines Mentholöltampons in 24 Stunden schon gänzlich zurückzubilden oder aber bedeutend zu verringern.

Anatomie, Physiologie, medicinische Chemie, patholog. Anatomie.

1063. ***Untersuchungen über den Stoffwechsel des Hundes nach Magen- und theilweise Dünndarm-Exstirpation.*** *Von Dr. Filippi. Klinik Prof. Novaro, Bologna. (Deutsche med. Wochenschr. 1884. 40.)*

Zwei im Juni 1892 operirte Hunde wurden bis Ende Mai 1893 leben gelassen. Dem einen war der Magen total exstirpirt bis auf einen Streifen in der Cardia, dem anderen vom Dünndarm 1·90 M. resecirt. Die Obduction ergab beim ersten fast völligen Mangel des Magens und beim zweiten ein Dünndarmüberrest von nur $^1/_8$ der früheren Länge. Bei beiden Hunden waren die Stoffwechseluntersuchungen nach *v. Noorden* angestellt und ergaben beim magenlosen Hunde dieselben Resultate, wie sie *Ogata* durch Einführung der Nahrungsstoffe direct durch den Pylorus in's Duodenum mittelst Magenfistel gefunden hatte. Verf. fand, dass Hunde nach totaler Magenexstirpation ohne bemerkenswerthe Veränderungen des Stoffwechsels sich weiter ernähren und Koth bilden, dass rohes Fleisch nur als Brei zugeführt, verdaut wird. Kohlenhydrate werden vollständig verwerthet und stärkere Fäulnissprocesse finden im Darm statt, trotz des Mangels an desinficirendem Magensaft. Im Koth fehlt die Gallensäure. Ein Analogon beim Menschen bilden die Erscheinungen der chronisch veränderten gastrischen Secretion. Der Stoffwechselvorgang bei dem am Darm operirten Hunde lehrt, dass fast vollständige Exstirpation des Dünndarms das Leben des Thieres nicht gefährdet, sondern dass die Ernährung normal vor sich geht. Nur werden die Fette im Verlust von 19% resorbirt, die Kohlenhydrate aber vollkommen verwerthet, der N erleidet nur das normale Deficit. Das im Juni 1892 operirte Thier machte



eine normale Schwangerschaft durch und nährte eines der Jungen. Der Dickdarm übernimmt nach den Versuchen demnach vicariirend die Thätigkeit des Dünndarms. *Hausmann*, Meran.

1064. ***Vergleichende Versuche über Abkühlung und Firnissung.*** *Von Dr. **Winternitz.** (Arch. f. experim. Path. u. Pharmak. Bd. XXXIII, Heft 4 u. 5, pag. 286. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 84.)*

Dass Thiere, deren Körperoberfläche mit einer dauernd derselben anhaftenden Substanz überzogen worden ist, zu Grunde gehen, ist eine durch hundertfältige Erfahrung festgestellte Thatsache. Strittig dagegen ist die physiologische Deutung dieser Beobachtung. Es sind im Wesentlichen vier Theorien für die Erklärung des sogenannten „Firnisstodes" gegeben worden: 1. Die Retentionstheorie, welche den Exitus durch die toxische Wirkung retinirter Hautausscheidungsstoffe (Wasser, Ammoniak, Kohlensäure etc.) erklären will. 2. Die Reizungstheorie, welche an eine schädigende Wirkung des auf die Hautnerven ausgeübten energischen Reizes denkt. 3. Die Resorptionstheorie, welche eine giftige Wirkungsweise des durch die Haut resorbirten Firnissmittels annimmt. 4. Die Abkühlungstheorie, welche in dem gesteigerten Wärmeverlust die Todesursache sieht. Verf. wurde durch zahlreiche Experimente zu der Anerkennung der Abkühlungshypothese geführt. Zunächst erbrachte er den Nachweis, dass der Firnisstod um so früher eintritt, je niedriger die Umgebungstemperatur ist. So starben die Versuchsthiere bei 13° Zimmertemperatur nach einem Tage, bei 23° erst nach 3—4 Tagen. Umgekehrt wird durch Verminderung der Wärmeabgabe der Tod der gefirnissten Thiere aufgehoben, in günstigen Fällen sogar verhindert; dadurch erklärt es sich auch, dass gefirnisste Menschen, welche ihre Wärmeabgabe durch die schützenden Kleidungsstücke wesentlich vermindern, die Firnissung ohne Schaden ertragen *(Senator)*, während nackte gefirnisste Individuen im Coma zu Grunde gehen sollen. Ferner stellte Verf. eine Reihe von Parallelversuchen an, in denen die Thiere theils durch allmälige Abkühlung (Scheeren), theils durch Firnissung getödtet wurden. Es ergab sich eine so auffallende Uebereinstimmung in dem Krankheitsbilde bei beiden Eingriffen, dass an einer Identität der Wirkungsweise nicht mehr gezweifelt werden kann. Im Einzelnen machten sich folgende Symptome bemerkbar: Die Pulsfrequenz sinkt parallel der Temperatur, Vagotomie oder Atropinisirung vermag die gesunkene Pulsfrequenz nicht mehr zu heben. Der Blutdruck bleibt verhältnissmässig lange hoch und wird durch Depressorreizung, beziehungsweise Rückenmarkdurchschneidung in normaler Weise beeinflusst. Abnorme Gefässfüllung der Haut wurde niemals constatirt, Reizung, beziehungsweise Durchschneidung des Sympathicus hatte den normalen Erfolg auf die Vasomotoren. Die Athemfrequenz sank proportional der Temperatur. Der Harn enthielt in der Mehrzahl der Fälle Eiweiss und Cylinder. Auch im Sectionsbilde zeigte sich eine auffallende Uebereinstimmung zwischen Scheer- und Firnissthieren. (Hyperämie und Ecchymosen der Darmserosa und der Pleura, trübe Schwellung der Nieren.) Alle diese Befunde sprechen mit Evidenz zu Gunsten der Abkühlungstheorie. Was nun die eigentliche Todesursache bei

der Abkühlung (und damit also auch bei der Firnissung) anlangt, so nimmt Verf. an, dass durch die sinkende Temperatur die Fähigkeit der Gewebe, das Oxyhämoglobin zu zerlegen, verloren geht, so dass ein Venöswerden des Blutes verhindert wird und das Thier an einer Art Gewebeerstickung zu Grunde geht.

1065. ***Ueber das physiologische schwache Athmen auf der rechten Seite.*** *Von **Moncorgé**. (Lyon méd. 1894. 16 u. 17. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 41.)*

Die Frage, ob beim gesunden Menschen die Intensität des Athemgeräusches auf beiden Seiten gleich ist, ist von den Autoren in verschiedenem Sinne beantwortet worden. Die interessante Zusammenstellung aus den Werken hervorragender Aerzte, welche der Verf. zu Eingang seiner Abhandlung gibt, zeigt, dass im Beginn der auscultatorischen Aera die völlige Gleichheit der beiderseitigen Athmungsgeräusche für den Gesunden postulirt wurde, während später ein Theil der Autoren auf der rechten, ein anderer auf der linken Seite eine stärkere Intensität auch beim Gesunden constatirte. Verf. hat nun bei 20 lungengesunden Personen, welche anderer Leiden wegen behandelt wurden, eine auffallende Schwäche des Athemgeräusches auf der rechten Seite bemerkt, zugleich aber beobachtet, dass bei allen diesen Personen diese Erscheinung sich verlor, nachdem sie einige Zeit hindurch mit Gymnastik, Douchen etc. behandelt worden waren. Bei allen diesen Personen ergab sich nun auf Befragen, dass sie ausschliesslich auf der rechten Seite liegend schlafen konnten; und Verf. steht nicht an, in dieser Gewohnheit die Ursache der Abschwächung des Athemgeräusches zu suchen. Durch die ausschliessliche Lage des Körpers auf der rechten Seite während ungefähr des dritten Theiles der Lebenszeit werde diese Seite des Thorax comprimirt; die entsprechende Lunge könne sich während dieser Zeit nicht genügend ausdehnen, während die andere dies in verstärktem Masse thun müsse; daraus resultire eine Inactivitätsträgheit der ersteren. Einen Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme sieht Verf. (und wohl mit Recht) in der schnellen Beseitigung dieses Phänomens durch systematische Uebungen.

1066. ***Experimental-Untersuchungen über die Uebertragbarkeit gewisser Neubildungen.*** *Von **Morreau**. (Arch. de Méd. expérimentelle et d'anatomie pathologique. 1894. September. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 7.)*

Diese Arbeit liefert einen Beitrag zur Entscheidung der häufig discutirten Frage über Impfbarkeit des Krebses. Als Ausgangspunkt seiner langen und sorgfältigen Experimental-Untersuchungen bediente sich Verf. einer weissen Maus, welche in der Kreuzgegend an einem Tumor von der Grösse einer Haselnuss litt. Derselbe war, wie die histologische Untersuchung ergab, ein Cylindroid. Ein Fragment dieses Tumors, welches unter Beobachtung aller antiseptischen Massnahmen entfernt wurde, wurde dann subcutan in die Achselhöhlen anderer weisser Mäuse injicirt. Diese Versuche ergaben ein positives Resultat, d. h. sie führten bei den so geimpften Thieren zur Bildung von Inoculationsherden und zur Entstehung von Knötchen, die, wie die histologische Untersuchung ergab, gleichfalls aus Cylinderepithelien bestanden. Die Cylindroide der weissen Mäuse sind also auf Thiere derselben



Gattung durch Ueberimpfbarkeit zu übertragen. Eine Reihe anderer Untersuchungen führte Verf. zur folgenden Schlussfolgerung. Die Heredität spielt eine wichtige Rolle bei den Cylindroiden der weissen Mäuse. Diese Neubildungen besitzen eine variable Virulenz, die eventuell von tödtlicher Wirkung für den Organismus werden kann. Durch Schwangerschaft wird ihre Entwicklung begünstigt. Sie können eventuell sich vervielfältigen. Beschleunigt wird diese Vermehrung durch zufällig hinzutretende Traumata. Die nicht ulcerirten Neubildungen enthalten keine Bacterien, ulceriren sie, so findet man in ihnen gewöhnlich Eitercoccen.

1067. ***Die Nerventheorie der Menstruation.*** *Von Doctor* ***Christopher Martin.*** *(Prov. méd. Journ. Januar-Heft. — Der Frauenarzt. 1894. 40.)*

Verf. erläutert verschiedene Argumente für die Ansicht, dass die Menstruation ein Process sei, der von speciellen Nerven abhängt, die von einem speciellen Centrum ausgehen. Seine Ansicht beruht auf folgenden Sätzen: 1. Dass die Menstruation von einem speciellen Nervencentrum controlirt wird. 2. Dass dieses Centrum im Lumbartheile des Rückenmarks zu finden ist. 3. Dass die Veränderung der uterinen Mucosa während der Periode durch catabolische Nerven eingeleitet wird und während der Zwischenzeit durch anabolische Nerven. 4. Dass der Menstrualimpuls des Uterus durch die Splanchnien des Pelvis oder den Ovarialplexus ausgelöst wird, möglicherweise auch durch beide. 5. Dass die Resection der Appendixe die Menstruation aufhebt durch Trennung der Menstrualnerven.

1068. ***Ueber combinirte Systemerkrankung des Rückenmarks.*** *Von Dr.* ***Heinrich Hochhaus.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Nervenhk. 1893. IV. 5 u. 6, pag. 469. — Schmidt's Jahrb. 1894. 4.)*

Bei der Schwierigkeit, mit Sicherheit die Diagnose auf Erkrankung mehrerer Fasersysteme, auf combinirte Systemerkrankung zu stellen, ist die Mittheilung jedes solchen Falles erwünscht, zumal diese ganze Lehre überhaupt noch Widerspruch findet. Es handelte sich um eine 47jährige, früher luetische Kranke, die etwa 3 Jahre vor ihrem Tode mit Schwäche und Mattigkeit in den Beinen erkrankte. Es bestand eine beträchtliche Parese, besonders rechts, und auch Hypästhesie; die Reflexe waren erhöht. Auch die Arme waren nicht ganz frei. Subjectiv waren Schmerzen in den Beinen, Parästhesien in den Armen vorhanden. Sub finem Incontinentia alvi et urinae. Die anatomische Untersuchung ergab eine combinirte Erkrankung der Pyramidenbahnen, der Kleinhirnseitenstrangbahnen und der Hinterstränge, und zwar vom untersten Lendenmarke bis hinaus über die Pyramidenkreuzung. Die Pyramiden waren am stärksten ergriffen im Lendenmarke, die Hinterstränge, besonders die *Goll*'schen Stränge, im Cervicalmarke, während sie unten nur in ihren medialen Theilen ergriffen waren. Bei der Kleinhirnseitenstrangbahn fand man keinen Unterschied in den verschiedenen Höhen, sie war überall gleichmässig und stark degenerirt. Es handelte sich wohl um eine primäre Nervendegeneration. Da die Pyramiden wohl aufsteigend erkrankten, so erklärt sich auch der Beginn des Leidens mit Schwäche in den Beinen; später erst traten Hinterstrangsymptome auf. Der Einfluss



der Syphilis in diesem Falle ist nicht klar zu bestimmen, jedenfalls aber bei der Erkrankung der Hinterstränge nicht ausser Acht zu lassen.

1069. ***Das Verhältniss des Accessorius zur Kehlkopfinnervation.*** *Von Dr. **A. Onodi**, Budapest. Bericht über die Section „Laryngologie“ der Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte. 1894. (Monatschr. f. Ohrenhk. 1894. 10.)*

Die an Hunden in grosser Zahl vorgenommenen Ausreissungen des Accessorius am Halse ergaben im Kehlkopfe keinerlei Veränderungen in den bekannten Bewegungen der Stimmbänder. Es wurden an Kaninchen und Hunden innerhalb der Schädelhöhle die Accessorii aus dem Foramen jugulare ausgerissen und keinerlei Aenderung trat in den Bewegungen der Stimmbänder ein. Die Obduction bestätigte die vollständige Exstirpation des Accessorius. Die Durchschneidung des Accessorius spinalis, sowie die elektrische Reizung desselben ergab ebenfalls negatives Resultat. Die einschlägigen, nach den verschiedensten Richtungen ausgeführten Versuche führten alle zu demselben Resultat, nämlich, dass die Nn. accessorii an der Innervation der Kehlkopfmuskeln nicht theilnehmen und auch die Bewegungen der Stimmbänder nicht beeinflussen. Diese Versuchsresultate erhalten in dem grösseren Theile der Literaturangaben, sowie in den neueren Untersuchungen — welche die Unstichhaltigkeit der Annahme eines Einflusses des N. accessorius auf die Schlundmuskeln und auf das Herz erweisen, ferner in der Thatsache, dass die klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen bis jetzt die Frage nicht in's Reine bringen konnten — eine Stütze.

1070. ***Blutveränderungen bei uratischer Diathese.*** *Von Prof. **Neusser**, Wien. Vortrag bei der 66. Versammlung der Gesellsch. deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.*

Den Begriff „uratische Diathese“ fasst der Vortr. in rein klinischem Sinne, soweit sich dieselbe als Podagra, einmal durch harnsaure Blasen- oder Nierensteine sich kundgibt. Daneben bezieht Vortr. auch Fälle sogenannter irregulärer Gicht eigener Beobachtung ein, die bald als Muskelrheumatismus, bald als Asthma nervosum, als Hautaffectionen, gastro-intestinale Störungen, als Zuckerruhr bei wohlgenährten Individuen, als Neuralgien und Formen von Neurasthenie sich darstellen. In allen diesen, vielfach übrigens auch durch genaue Stoffwechseluntersuchungen verificirten Fällen fanden sich im Blute bei *Ehrlich*'scher Färbung der frisch getrockneten Präparate, und zwar vor Allem in den mononuclearen, ebenso auch in den polynuclearen und selbst den eosinophylen Leukocyten rings um den Kern gelagerte, mit der basischen Componente einer etwas modificirten *Ehrlich*'schen Triacidmischung intensiv schwarz gefärbte Klümpchen, Tropfen oder Körnchen, bald unmittelbar aus dem Kern in's Protoplasma eindringend, bald diesen rosenkranzförmig einsäumend. In diesen Granulationen kann es sich weder um Farbstoffpräcipitate, noch um Artefacte handeln. Auch um Granulationen analog den Mastzellengranulationen kann es sich bei dem von diesen unterschiedlichen Verhalten zu den verschiedenen Farbstoffen nicht drehen. Nach diesem Mangel an Färbbarkeit mit den echten Kernfarben kann es sich auch nicht um directe Kerntheile handeln, vielmehr wahrscheinlich um chemisch modificirte, in den

Protoplasmaleib eingedrungene Kernbestandtheile, um eine dem Nucleoalbumin verwandte Eiweisssubstanz. Bei der uratischen Diathese dürften sonach die Leukocyten abnorm reich an nucleinartigen Substanzen sein und — da nach *Horbaczewski* bei Zerfall von Nucleïn sich Harnsäure bildet — demgemäss auch abnorm reich an Vorstufen der Harnsäure. Der vom Vortr. erhobene Blutbefund scheint zunächst vom diagnostischen Standpunkte interessant. Er scheint auch geeignet, manche bisher nicht erkannte Manifestationen einer bestehenden uratischen Diathese zu klären und unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zu vereinen. Endlich erscheint dieser Blutbefund von besonderem Interesse mit Rücksicht auf eine weitere, vom Vortr. erhobene Thatsache, nämlich das Fehlen dieser Veränderungen im Blute von reinen, initialen oder vorgeschrittenen Tuberculosen, ein Befund, der mit dem klinischen, schon öfter ausgesprochenen Antagonismus von Gicht und Tuberculose einerseits übereinstimmt, andererseits mit der Beobachtung, dass, wenn einmal Tuberculose bei einen gichtisch veranlagten Individuum auftritt, diese einen besonderen, der fibrösen Umwandlung der tuberculosen Infiltrate, daher der Heilung zuneigenden Verlauf annimmt. Auch beim Diabetes konnte Vortr. zwei Reihen, die eine mit, die andere ohne die uratischen Blutveränderungen, beobachten, letztere rascher mit terminaler Tuberculose verlaufend. Die myelogene Leukämie zeigt gleichfalls dieselben uratischen Veränderungen der Leukocyten, während solche in einem Falle von lymphatischer Leukämie fehlten.

1071. ***Hémorragie des pancréas.*** *Von Dr. H. Nimier. (Revue de méd. 1894. 5. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 44.)*

Die Arbeit enthält auf Basis der bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von Hämorrhagien des Pancreas eine eingehende Besprechung dieser seltenen und meist schweren Affectionen. Ausgeschieden sind Blutaustritte in jenem Organ, die nur ein secundäres Symptom schwerer Allgemeinleiden, Blutstauungen und Dyskrasien, darstellen. Die primären Formen werden in spontane und traumatische getrennt. Die je nach der verschieden stürmischen Entwicklung der Symptome differirenden Verlaufsarten der spontanen Hämorrhagie, der Pancreasapoplexie, sind gesondert besprochen. Bei den durch Trauma bedingten Ergüssen pflegt das Blut sich in der Regel nicht in dem benachbarten retroperitonealen Gewebe, sondern in der Cavitas retroomentalis anzusammeln; ihm kann sich verschieden reichlich durch Riss von Drüsengängen Succus pancreaticus zumischen, den Charakter der so gebildeten Cysten modificirend. Zwischen den oben genannten Formen gibt es Uebergänge: Erfahrungen sprechen dafür, dass wechselnd lange Zeit nach einem Trauma in einem durch dieses anscheinend veränderten Pancreas eine apoplectische Blutung auftreten kann, andererseits haben ganz leichte Traumen schon in einem nicht mehr normalen, von Apoplexie bedrohten oder bereits befallenen Pancreas zu Hämorrhagien geführt.



Bacteriologie, Hygiene, Militärsanitätswesen.

1072. ***Wer macht auf dem Schlachtfelde den ersten Verband und wie soll derselbe beschaffen sein?*** *Von Regimentsarzt Dr.* ***J. Habart.*** *(Vortrag am VIII. internationalen Congress f. Hygiene u. Demographie. 1894.)*

1. Die Anlegung des ersten Verbandes am Schlachtfelde wird den Militärärzten zur Pflicht und erfolgt auf den Verbandplätzen, während die Blessirtenträger (Hilfskrankenträger, brancardiers, portaferiti, sanitare) bestimmt sind, den Verwundetentransport nach Thunlichkeit binnen 12 Stunden nach eingetretener Feuerpause zu besorgen. 2. Die erste Hilfe am Gefechtsplatze hat sich auf Labung und Bergung der Blessirten zu beschränken und ist das Hilfssanitätspersonale zu belehren, dass jede Berührung der Wunden mit unreinen Händen und Stoffen für die Blessirten nachtheilig ist und das Leben derselben in Gefahr bringen kann. 3. Behufs Ueberwachung, Unterweisung und Unterstützung der Blessirtenträger erscheint es geboten, die Truppen von einem höheren Hilfspersonale und der einen Hälfte der Truppenärzte auf das Schlachtfeld begleiten zu lassen, während die andere Hälfte der Militärärzte auf den Verbandplätzen concentrirt wird. 4. Sowohl die Ausrüstung dieses Sanitätspersonales (Taschen der Militärärzte, der Blessirtenträger und der Lazarethgehilfen), als auch jene der Feldtragen und der Packkörbe in den Medicinwagen oder der Verband- und Bandagentornister eines jeden Bataillons erheischt einheitliches (uniformes), für die verschiedenen Verbandarten fertiges Occlusionsmateriale im sterilisirten Zustande, als welches sich besonders aseptische Typenverbände eignen, da sie einen internationalen Feldverband repräsentiren. 5. Nachdem Verwundete mit Schussfracturen, gefahrdrohenden Blutungen und Darmvorfällen ohne vorausgegangene Schienung, Blutstillung und Wundbedeckung untransportabel sind, wird dem Hilfssanitätspersonale ausnahmsweise gestattet, einen Nothverband am Schlachtfelde ohne Berührung der Wunden anzulegen, um den Transport zu ermöglichen. Diese Ausnahme tritt auch in Kraft bei detachirten Abtheilungen ohne Aerzte und bei Lostrennung kämpfender Truppentheile von den Verbandplätzen. 6. Der erste provisorische Verband aus sterilen — aseptischen — trockenen und für Ein-, sowie Ausschuss zubereiteten Mullcompressen als unmittelbare Wundbedeckung und aus entfetteter sterilisirter Baumwolle nebst Mull- oder Calicotbinden ist ein austrocknender Verband bester Art und kann durch Moos-, Holzwatte- oder Holzwollekissen in den Ambulanzen und Feldlazarethen zu einem Dauerverband ergänzt werden. 7. Der Charakter heutiger Schusswunden erheischt aseptische Massnahmen bei Bedeckung derselben, weshalb in allen Packbehältnissen ausser Seife auch Bürsten zur Desinfection der Hände des Sanitätspersonales einzustellen sind, während für Verbandplätze und Ambulanzen Kochgeschirre, emaillirte Waschbecken und Sterilisationsapparate für Instrumente, in den Feldlazarethen auch solche für Verbandstoffe erforderlich sind. 8. In allen diesen Sanitätsstationen sind die Militärärzte verpflichtet,



eigenhändig die Occlusivverbände anzulegen, während das untergeordnete Sanitätspersonale hierbei blos Hilfsdienste zu verrichten hat. Als Regel bei Anlegung des ersten Verbandes im Felde hat zu gelten: Antiseptik für die Hände, Aseptik für die Wunde.

1073. ***Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen in den Nasenhöhlen gesunder Menschen.*** *Von Dr.* ***Strauss.*** *Académie de médecine à Paris. Sitzung 3. Juli 1894. (Arch. f. Kinderhk. Bd. XVII, pag. 136.)*

Es gelang, in den Nasenhöhlen gesunder Menschen, die viel mit Tuberculösen verkehren, virulente Tuberkelbacillen nachzuweisen. Die betreffenden Individuen waren vollständig gesund. Mit den entfernten Krusten wurden Meerschweinchen erfolgreich geimpft. Damit ist der directe Beweis erbracht, wie viele Bacillen sich in der Umgebung von Phthisikern aufhalten. Bei 29 Personen wurden 9mal Bacillen gefunden. Weitere Untersuchungen an Personen, die zu Phthisikern in keiner Beziehung stehen, werden Aufschluss über die Ubiquität des Tuberkelbacillus liefern. In der Discussion bemerkt *Verneuil*, dass er gefunden habe, dass Erysipelstreptococcen sich lange im Halse aufhalten können, ohne Schaden zu stiften; ebenso sei es mit dem Tuberkelbacillus. Kinder leiden oft an Nasenkrankheiten, es können dann die Bacillen in die verletzte Schleimhaut eindringen und die Infection verursachen.

1074. ***Ein Fall von Diphtherie von einem Huhn auf ein Kind übertragen.*** *Von* ***Cole.*** *(Journ. de clinique et de thérapeutique infantiles. 1894. 31. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 88.)*

Verf. berichtet über einen Fall von pseudo-membranöser Angina, welche von einem Huhn, mit dem das $2^1/_2$jährige Mädchen gespielt hatte, auf dieses übertragen war. Das Kind erlag der Krankheit. Verf. erinnert an die Behauptung von *Nicati* (Marseille), dass die Diphtherie durch Geflügel verbreitet werde und an eine Arbeit von *Gerhardt*, in welcher dieser erwähnt, dass Leute, welche Geflügel aus Italien nach Deutschland brachten, an Diphtherie erkrankten, als die Thiere diese Krankheit bekamen. Mehrere Hunderte von Hühnern starben an Diphtherie. *Bild* berichtet, dass die griechische Insel Skiathos mehr als 30 Jahre frei von Diphtherie war und dass die Krankheit durch Truthühner von Salonichi eingeschleppt wurde. Mehrere derselben starben an Diphtherie, und eine mörderliche Epidemie brach unter den Einwohnern der Gegend aus, wo die Truthühner gehalten wurden.

1075. ***Bericht über eine zum Studium der Prostitution und der Prophylaxe der venerischen Krankheiten unternommene Reise.*** *Von Dr.* ***J. Jadassohn,*** *Breslau. (Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1894. XXVI. 2, pag. 193.)*

Die Reise wurde aus Mitteln einer Stiftung des verstorbenen Sanitätsraths Dr. *Victor Friedländer* gemacht. Besucht wurden neben Berlin besonders französische und belgische grosse Städte, speciell Paris und Brüssel, deren bezügliche Einrichtungen näher geschildert werden, und Kopenhagen. Das Endergebniss seiner Ausführungen fasst Verf. in folgende Schlusssätze zusammen: 1. „Die Untersuchung der Genitalsecrete (Urethra, Cervix) auf Gonococcen ist ganz allgemein durchzuführen, so zwar, dass sie bei jeder



Prostituirten mindestens 1 Mal im Monat vorgenommen wird. 2. Venerisch Kranke sind von Armen- und Cassenärzten, falls sie dem Arzte nicht die genügende Garantie zu bieten scheinen, dass sie eine ambulante Behandlung gründlich durchführen und eine Verbreitung ihrer Krankheit verhindern werden, einem Krankenhause zu überweisen und dort so lange zurückzuhalten, bis ihre ansteckenden Symptome verschwunden sind. 3. Armen-, Cassen- und Hospitalärzte haben das Recht, die ... (Syphilitischen) ... nach beendeter Cur zu Besichtigungsterminen zu bestellen und sie zu einer erneuten Behandlung (eventuell im Hospital) zu veranlassen (conf.: *Fournier-Neisser's* intermittirende Behandlung). 5. Venerisch kranke und der Prostitution verdächtige Mädchen sind (vor ihrer Inscription zunächst wöchentlich 1 Mal, gesondert von den Prostituirten, zunächst 6 Monate lang) polizeiärztlich zu untersuchen, bis sie etwa einen geordneten Lebensunterhalt (feste Stellung u. s. w.) nachweisen. Bei Recidiven sind sie dem Hospital zu überweisen, dort bis zum Verschwinden der Symptome zurückzuhalten, nach bestimmter Zeit (eventuell zwangsweise durch die Polizei) zur erneuten Besichtigung vorzuführen. 5a) Die Errichtung von Bordellen ist in Deutschland zu gestatten. b) Der Polizei steht das Recht zu, Prostituirte, welche die Controlvorschriften wiederholt übertreten, speciell die Untersuchung ohne ausreichende Entschuldigung versäumen, zum Eintritt in ein Bordell zu zwingen. c) In Bordellen dürfen alkoholische Getränke nicht verabreicht werden und Zuhälter nicht verkehren. Die Bordelle sind auch in ihrer wirthschaftlichen Leitung streng zu beaufsichtigen. d) Die Prostituirten müssen unmittelbar bei ihrem Austritte aus dem Bordell auf ihre Gesundheit untersucht und zu diesem Zwecke von der Wirthin vorgeführt oder einem Schutzmann zur Vorführung übergeben werden. 6. Dermatologie und vor Allem Syphilidologie sind bei der ärztlichen Staatsprüfung regelmässig zu prüfen."

Literatur.

1076. ***Lehrbuch der Physiologie des thierischen Organismus im Speciellen des Menschen.*** *Von Prof. Dr.* ***Bernstein****, Halle. Mit 271 in den Text eingedruckten Abbildungen. Stuttgart, Enke, 1894.*

Während zahlreiche Universitätslehrer Oesterreichs und Deutschlands es mit mehr oder weniger Glück unternahmen, Auszüge, Repetitorien, kurz- und knappgefasste Lehrbücher über alle möglichen naturhistorischen Doctrinen, die in der Medicin zur Geltung kommen, zu verfassen, und den deutschen Büchermarkt mit diesen doch nur zum kleineren Theile guten und zweckentsprechenden Werken ihres Fleisses und ihrer jeweiligen Lehrbegabung förmlich überschwemmen, während man es also dem Lernenden nur allzuleicht zu machen bestrebt ist, in dieser oder jener naturhistorischen Doctrin möglichst rasch und oberflächlich das Allernöthigste sich einzupauken, natürlich auf Kosten jeder Vertiefung und Gründlichkeit, hat die Physiologie bisher darin eine, man möchte sagen rühmens-



werthe Ausnahme gemacht. Wie es ja bei der Subtilität dieser zu solcher Ausdehnung und Mächtigkeit gediehenen Disciplin begreiflich ist, fällt es hier ungleich schwerer, die vielen unbedingt nothwendigen Details aus ihrem Zusammenhange mit dem fortlaufenden Faden der Entwicklung des Einen aus dem Anderen zu reissen, die übergrosse Materie in irgend tauglicher Form auf kleinem Raume zusammenzupressen oder gar ein physiologisches Frage- und Antwortspiel zu verfassen. Dass dies nicht gut möglich ist, und daher kaum eines Erfolges lohnt, zeigt die verschwindend geringe Zahl der physiologischen Compendien; wer sich da nur etwas gründlicher Raths erholen will, muss schon zu einem der guten, ja vorzüglichen, aber auch umfangreichen, zum Theil sogar weitschweifigen und darum auch kostspieligen Lehrbücher anerkannter Capacitäten seine Zuflucht nehmen, und wird auch sicher gut dabei fahren. Umso interessanter ist es nun, zu sehen, wie eine dieser Capacitäten es unternommen hat, ein für den Praktiker bestimmtes kurzgefasstes Lehrbuch der Physiologie zu schreiben, in welchem nebst der speciellen Betrachtung des menschlichen Körpers auch noch der thierische Organismus im Allgemeinen erläutert werden soll. Dass auch diesem gewandten und seiner Aufgabe sicher völlig gewachsenen Fachmanne die Wiedergabe des von ihm durchaus bemeisterten ungeheueren Stoffes auf relativ knappem Raume nicht leicht wurde, zeigt der Umfang seines Werkes von 750 Quartseiten, bisher wohl des stärksten Bandes des hochgelungenen Sammelwerkes „Bibliothek des Arztes", womit sich die berühmte Verlagsfirma Enke gewiss ein Verdienst um die Aerzte und Studirenden erworben hat. Der Verf. sagt selbst, er habe, um dem Leser ein möglichst übersichtliches und zusammenhängendes Bild des gesammten Gegenstandes darzubieten, den Mittelweg zwischen einer compendienartigen Kürze und einer umfangreicheren Form eingehalten; uns kann nur erübrigen zu erklären, dass uns bedünkt, der Verf. habe dieses sein selbstgestecktes Ziel nicht blos erreicht, sondern mit dieser seiner Art der Darstellung auch dem eigentlichen Zwecke seiner Arbeit voll entsprochen. Als besonders anerkennenswerth mag vor Allem die gleichmässig liebevolle Darstellung des Stoffes in den verschiedenen Abschnitten hervorgehoben werden, nicht minder auch die reiche und durchaus unparteiische Verwerthung und Würdigung der Arbeiten und Erfolge anderer Autoren, selbst wenn dieselben bisher nur als geistreiche Hypothesen gelten können; gerade durch diese reichliche, aber doch ausgewählte Benützung der Literatur erhält das vorliegende Werk den Werth und Rang eines wirklichen Lehrbuches. In der Eintheilung des Stoffes hat Verf. die herkömmliche, von fast allen Autoren gewählte Gliederung beibehalten, dabei aber stets im Auge behalten, dass er nicht allein über die Physiologie des menschlichen Organismus, sondern auch im Allgemeinen über die des thierischen Körpers sprechen wolle. Die hauptsächlich in der Nervenphysiologie und in der Entwicklungslehre zu Tage tretenden Abweichungen von dem höchst entwickelten menschlichen Organismus sind natürlich nicht in besonderen Capiteln behandelt, sondern überall am passenden Orte eingeflochten, wodurch die allmälige Entwicklung des höher organisirten Wesens aus den niederen zu besonderer Deutlichkeit gelangt. Am Schlusse seiner die Grundbedingungen des thierischen Lebens behandelnden Einleitung hebt Verf. auch die Arbeiten *Darwin's*, theilweise *Häckel's* hervor, als durchaus massgebend für seine eigene Anschauung über die Entwicklung und den Bau des thierischen, respective menschlichen



Körpers. Der erste und zweite Abschnitt des Buches behandeln das Blut und seinen Kreislauf im Körper. Hier wäre nur zu erwähnen, dass Verf. bei der Mechanik des Kreislaufes die neuesten Anschauungen und Berechnungen mit aufgenommen hat. Im dritten, die Athmung behandelnden Theile sei die überaus eingehende und fleissige Bearbeitung der chemischen Processe bei derselben rühmend hervorgehoben. Hierauf folgen die Abschnitte über Verdauung und Secretion, über Lymphe, Resorption und Assimilation, über Excretion und Ernährung. Ein besonderes, freilich nicht sehr ausführliches Capitel widmet Verf. der thierischen Wärme, dagegen gehört der folgende Hauptabschnitt über die thierische Bewegung zu den eingehendsten und auch besten Theilen des Buches; er zerfällt in Unterabtheilungen über Muskelbewegung, Flimmer- und Protoplasmabewegung und über specielle Bewegungslehre, welch letztere von der Mechanik des Körpers und der Sinne und Sprache handelt. Ebenso eingehend klar und interessant sind die Details der Capitel über allgemeine Nervenphysiologie, sowie über die Centralorgane des Nervensystems. Von den Sinnesorganen hat nur der Gesichtssinn eingehendere Würdigung erfahren. Sehr übersichtlich und anregend sind auch die Capitel über Fortpflanzung, die in Entwicklung, Zeugung, Wachsthum und Vererbung zerfallen. Im Anhange werden ganz kurz die chemischen Bestandtheile des thierischen Körpers, insbesondere die Kohlenstoffverbindungen, besprochen. Die 271 in dem Texte eingedruckten, theilweise recht guten Abbildungen erleichtern zweifellos das Verständniss des Textes, erhöhen aber auch den Preis des Buches, welcher Umstand übrigens seiner Verbreitung keinen Schaden machen wird. Dem praktischen Arzte vor Allem sei hiermit das sehr fliessend und klar geschriebene Buch bestens empfohlen. Für ein erstmaliges eingehendes Studium der Physiologie ist es weder berechnet, noch genügend eingehend. *Buschman.*

1077. ***Organische Chemie für Aerzte.*** *In zwölf Vorlesungen. Von Dr.* ***Felix H. Ahrens,*** *Privatdocent der Chemie an der Universität zu Breslau. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894. 136 S. 8°.*

Die kurze Schrift stellt sich die Aufgabe, dem schon prakticirenden Arzte, dessen chemisches Wissen der dermaligen Bedeutung der Chemie in der Medicin nicht entspricht, in kurzen Zügen die Grundzüge der modernen Schreibweise der modernen organischen Chemie, insbesondere deren Lehren über die Constitution der organischen Verbindungen in kurzer und leicht fasslicher Form mitzutheilen. Was sich auf so geringem Raume für die Belehrung zusammenfassen lässt, hat Verf. mit vielem Geschick aufgenommen. Die Schrift sei namentlich jenen Aerzten empfohlen, welche sich über die Constitution unserer neueren Arzneimittel aufklären wollen. *Loebisch.*

Kleine Mittheilungen.

1078. ***Ein Fall von unstillbarem Erbrechen.*** *Von Dr.* ***Barroso.*** *(Anales de Obst., Gin. y Ped. 1894. 159. Februar. — Der Frauenarzt. 1894. 18.)*

Verf. berichtet über einen Fall von unstillbarem Erbrechen bei einer bis dahin vollkommen gesunden und hereditär nicht belasteten Dame. Gegen das Erbrechen half kein Mittel und keine diätetische Massregel. Es führte zu heftiger Gastralgie

und Bluterbrechen, und wurde der hierdurch bedingte Schwächezustand der Patientin zuletzt ein so hochgradiger, dass sich dieselbe in einem fortwährenden leichten Delirium befand. Verf. wandte nunmehr die Dilatation des Cervix nach *Copeman* an und erzielte einen sofortigen Erfolg.

1079. Die „Presse médicale" empfiehlt die nachstehenden Formeln gegen ***Keuchhusten:*** Rp. *Bromoform. guttas XX, Alcohol. 10·0, Glycerin. 50·0, Tinct. Cardam. comp. 6·0, Aq. destill. 30·0.* MDS. Stündlich 1 Kaffeelöffel voll z. n. oder: Rp. *Bromoform. guttas XX, Mucil. Gi. arab. 10·0, Aq. destill. q. s. ad 100·0.* MDS. Stündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

(„Der Frauenarzt." 1894. 10.)

1080. ***Zur Behandlung der Rachendiphtherie*** verwendet Prof. *Löffler* in Greifswald, der Entdecker des Diphtherie-Bacillus, die folgende Mischung, welche am besten mittelst eines Wattebausches aufgetragen wird: *Alcohol 60 Ccm., Toluol 36 Ccm., Liquor Ferri sesquichlor. 4 Ccm.* Die Lösung wirkt stark wasseranziehend, ohne Abscheidung des Toluols; darauf beruht ihre Wirkung in die Tiefe. Da die Eisenlösung grosse Schmerzen verursacht und bei etwa vorhandenem Schwefelwasserstoff (durch Fäulniss der Membranen) unwirksam werden könnte, wurde noch Menthol (auf obige Menge 10 Grm.) zugesetzt. Das Eisenchlorid kann auch durch Creolin oder Metacresol ersetzt werden, die allerdings nicht so gut in die Tiefe dringen, wie die Eisenlösung.

(Wiener med. Blätter. 1894. 638. — Pharmac. Centralhalle. 1894. 45.)

1081. ***Zur Munddesinfection bei Kindern,*** namentlich auch zarten Alters, empfiehlt *Hartmann* (Riforma med. 1894. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 42) Pastillen nach folgender Formel: *Sacchar. 200, Thymol. 0·20, Spiritus rect. 2·0, Essentia menth. pip. 1·0, fiant e succ. citri pastillae Nr. 200* oder auch noch mit Zusatz von 0·30 Saccharin zu obiger Formel.

1082. ***Plötzlicher Tod eines Knaben durch Convulsionen in Folge von Magenruptur.*** *Von J. McD. O'Farrell. (Lancet. 1894. Mai 19. — Centralbl. f. innere Med. 1894. 44.)*

Im Anschluss an geringfügiges Erbrechen während eines anscheinend auf Erkältung beruhenden eintägigen Uebelbefindens trat bei einem 13jährigen Knaben Perforation eines symptomlos verlaufenen Magengeschwüres ein und damit gehäufte, sehr heftige tetanische Krämpfe der gesammten willkürlichen Musculatur, welche nach weniger als 1 Stunde zum Tode führten. Um die 7 Cm. lange Durchbruchstelle lag eine Zone entzündlicher Reizung und fettiger Degeneration der Muskelschicht; die Bauchhöhle enthielt reichlichen Mageninhalt, zu einer Peritonitis war es nicht gekommen.

Sitzungsberichte.

1083. ***Meine mit dem Behring'schen Heilserum auf der Diphtheritis-Abtheilung des Stefanie-Kinderspitals erzielten Resultate.*** *Von Prof. Dr. Johann Bókai. Vortrag, gehalten in der Sitzung am 27. October 1894. (Pester med.-chir. Presse. 1894. 44.)*

Verf. begann die Serum-Therapie am 11. September d. J. und hatte bis zum 21. October Gelegenheit, die Wirkung an 35 Kranken zu beobachten. Von diesen 35 Patienten waren in 9 Fällen die Symptome reiner Rachendiphtherie, in 7 Fällen Rachen- und Nasendiphtherie, in 4 Fällen bei Rachendiphtherie mässige Kehlkopfverengerung, in 15 Fällen aber die schwersten Symptome der Kehlkopf-Diphtherie (Laryngitis crouposa) zu constatiren. In Percenten ausgedrückt, waren demnach 37% der



Fälle leichterer Natur, während 63% schwere Erscheinungen der Diphtherie aufwiesen. Obgleich zur Zeit keine Epidemie in der Hauptstadt herrscht, hält es Verf. dennoch für nothwendig zu betonen, dass das Krankenmaterial zur Beurtheilung der Wirksamkeit dieses Heilverfahrens vollkommen geeignet war. Von den 35 Fällen endeten fünf letal, was einem Percentsatz von $14\frac{1}{3}$ entspricht.

Diese Ziffer kann nach der Ansicht Verf.'s noch nicht als Gradmesser zur Entscheidung über den Werth des Heilserums dienen, allein wenn man berücksichtigt, dass nicht weniger als 63% der Fälle schwerer Natur waren, so demonstrirt der obige Mortalitäts-Percentsatz, obgleich er aus kleinem Material gewonnen wurde, zweifellos die günstige Wirkung der Serum-Therapie.

Die günstige Wirkung des *Behring*'schen Heilserum-Verfahrens war am eclatantesten bei jenen Fällen wahrzunehmen, wo nebst der Rachendiphtherie auch Kehlkopf-Diphtherie, und zwar mit besorgnisserregenden stenotischen Symptomen, auftrat. Solche Fälle gab es unter den 35 Kranken 15, und zwar musste bei 13 derselben der operative Eingriff wegen der drohenden Stenosis sofort nach der Aufnahme erfolgen.

In Bezug auf die prophylaktischen Impfungen kann auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit Sicherheit behauptet werden, dass die Immunisirungskraft der prophylaktischen Inspectionen im besten Falle sich auf Wochen, respective Monate erstrecke, und dass dieselben daher mit der *Jenner*'schen Vaccination in eine Parallele nicht gestellt werden können. Es sind sogar Fälle bekannt, in welchen trotz der Anwendung des Blutserums Recidiven eintraten, was zweifellos beweist, dass das Blutserum dem Organismus Immunität für längere Zeit nicht verleiht, ja eventuell schon nach acht bis vierzehn Tagen aus dem Organismus ausscheidet. Immerhin sind andere Fälle vorgekommen, wo das *Behring-Ehrlich*'sche Heilserum bei prophylaktischer Anwendung insofern Erfolg aufwies, als in Familien, in welchen die Diphtheritis in überaus bösartiger Form auftrat, die mit Antitoxin geimpften Kinder mit dem Kranken unter einem Dach bleiben konnten, ohne inficirt zu werden. Später allerdings, nach $5\frac{1}{2}$ bis 10 Wochen, erkrankten solcherart geimpfte Kinder dennoch an der Diphtheritis. Verf. nahm aus Anlass eines Diphtherie-Erkrankungsfalles auf der chirurgischen Abtheilung des Kinderspitals an 16 Kindern Schutzimpfungen nach *Behring*'scher Vorschrift vor; in einem Falle stellte sich hier leichte Halsdiphtherie ein, welche günstigen Verlauf nahm.

Den kategorischen Ausspruch, welchen *Behring* am 25. September in Wien that: „Es sei Pflicht der für das Sanitätswesen verantwortlichen Personen und Behörden, durch Belehrung und auf anderen Wegen für die allgemeine Einführung der Schutzimpfung gegen Diphtherie zu wirken" — erklärt Verf. nach all dem Gesagten heute noch für verfrüht halten zu müssen.

Verf. fasst seinen Vortrag in folgenden Punkten zusammen:

1. Ich halte meine Versuche noch nicht für abgeschlossen, da ich auf Grund von 35 Fällen, obgleich die Resultate günstig sind, ein definitives Urtheil über den Werth der Heilserum-Therapie gegen Diphtherie nicht sprechen darf.

2. Meine bisherigen Versuche beweisen entschieden, was auch im Auslande einstimmig anerkannt wurde, dass das *Behring*'sche Serum,



besser gesagt, das von der Höchster Fabrik producirte und versendete Heilserum — denn ich habe ja mit diesem experimentirt — dem Organismus nicht schädlich ist. Bei längerer und in grösserer Quantität erfolgender Anwendung des Heilserums ist es höchstens der $^1/_2\%$ betragende Carbolgehalt der Flüssigkeit, welcher als dem Organismus eventuell schädlicher Stoff im Auge zu behalten ist. Die der Injection bisweilen folgende urticariaförmige Hautröthe kann als Nebenwirkung der Behandlung überhaupt nicht in Betracht kommen.

3. Die Anwendung des *Behring*'schen Serums beeinflusst nach meinen Erfahrungen, abgesehen von den übrigens nicht zu häufigen septischen Fällen, zweifellos günstig, viel günstiger als die bisherigen Verfahren, sowohl die Rachendiphtherie als auch die Nasen- und Kehlkopf-Diphtherie. Bei Rachendiphtherie verschwindet der Belag nur allmälig, während die Pseudomembranen aus der Luftröhre, manchmal auffallend rasch sich ablösen und eliminirt werden.

4. Die Serum-Therapie macht bei jenen Fällen der Kehlkopf-Diphtherie (Croup), wo die Athmungsbeschwerden einen hohen Grad erreicht haben, den operativen Eingriff nicht entbehrlich, die beiden Verfahren ergänzen einander vielmehr; auf Grund meiner bisherigen Wahrnehmungen bin ich der Ueberzeugung, dass bei der Anwendung des Heilserums das durch die Intubation erreichbare Heilverhältniss (30%) sich noch wesentlich bessern wird.

5. Nach meinen bisherigen Erfahrungen ist die Heilserum-Therapie in solchen Fällen der Diphtherie, wo die Erkrankung von Anfang an septischen Charakter hat, also mit den Symptomen der Blutvergiftung verbunden ist, wirkungslos, was übrigens auch *Behring* selbst im Jahre 1893 betonte; die früh genug erfolgenden Serum-Injectionen sind aber, wie es scheint, im Stande, die Ausbildung der Sepsis im Laufe der Krankheit zu verhindern.

6. Inwieweit die Serum-Therapie das Auftreten von diphtheritischen Lähmungen während der Reconvalescenz zu hindern vermöge, darüber kann ich mich derzeit noch nicht äussern; die nach dem Verlauf des Diphtherieprocesses entwickelte und durch directe organische Veränderungen bedingte, mit Herzlähmung drohende Herzschwäche vermag das Serum nicht zu paralysiren.

7. Ueber die Immunisirungskraft der prophylaktischen, d. i. behufs Vermeidung der Krankheit vorgenommenen Injectionen kann ich mich auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen zu einer Erklärung noch nicht berechtigt fühlen.

Da das Serum nicht nur bei uns, sondern auch im Auslande, ja selbst in der Fabrik „ausgegangen" ist, erscheint seine allgemeine Verwendung in der Praxis vorläufig unmöglich.



Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Ahrens, Dr. Felix B., Privatdocent der Chemie an der Universität zu Breslau. Organische Chemie für Aerzte in 12 Vorlesungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Gad, Dr. Johannes, a. o. Professor der Physiologie an der Universität Berlin. Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik. Anatomie, Physiologie, Histologie, pathologische Anatomie, allgemeine Pathologie, Bacteriologie, physiologische Psychologie, medicinische Chemie, Physik und Zoologie. Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte. Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Zweiter Band. Erste Hälfte (Bogen 1—30). Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894.

Helmholtz, H. von. Handbuch der physiologischen Optik. Zweite umgearbeitete Auflage. Mit zahlreichen in den Text eingedruckten Holzschnitten. Achte Lieferung. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss, 1894.

Krafft-Ebing, Dr. R. v., o. ö. Professor f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der k. k. Universität Wien. Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie. Neunte, verbesserte und theilweise vermehrte Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Rütimeyer, Dr. L., Privatdocent für innere Medicin an der Universität Basel. Ueber Bilharziakrankheit. Mit 4 Abbildungen im Text und 4 Tafeln in Lichtdruck. Basel und Leipzig 1894, Carl Sallmann.

Seydel, Dr. K. J., a. o. Professor an der Universität und gerichtlicher Physicus in Königsberg in Preussen. Leitfaden der gerichtlichen Medicin für Studirende und Aerzte. Berlin 1895, Verlag von S. Karger.

Speyr, Dr. Theodor von. Die Genuinität in ihren erblichen Beziehungen. Mit 11 Diagrammen und Lithographien. (Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz.) Basel und Leipzig 1894, Carl Sallmann.

Wernich, Dr. A., Regierungs- und Medicinalrath in Berlin, und *Wehmer, Dr. R.,* Regierungs- und Medicinalrath in Coblenz. Lehrbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Neuropathologie, Psychiatrie.

1084. ***Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Lues.*** *Von Dr.* ***Franz Mraček,*** *Docent und Primararzt in Wien. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. Ergänzungsheft II.)*

Am häufigsten erkrankt unter dem Einfluss der Syphilis der Herzmuskel, und zwar kann man eine Myocarditis syphilitica gummatosa und fibrosa unterscheiden, welche beide Formen übrigens oft nebeneinander bestehen. Die Gummen sitzen mit Vorliebe in der Wand der Ventrikel, besonders des linken, können sich aber an allen Theilen des Herzens finden und eine recht beträchtliche Grösse, z. B. die eines Taubeneies, einer Billardkugel erreichen. Die Myocarditis syphilitica fibrosa geht theils aus einer productiven Entzündung hervor, theils ist sie das Resultat einer zu Muskelnecrose und Schwielenbildung führenden obliterirenden Endarteriitis; bei gänzlicher Entartung der Wände kann sie zur Entstehung eines partialen Herzaneurysmas führen. Eine wichtige Rolle bei den myocardischen Processen spielen die Erkrankungen der Herzgefässe, sei es als Begleiter jener, sei es als ihre directe Ursache. — Eine syphilitische Pericarditis fibrosa und gummatosa kommt nur sehr selten selbstständig vor; aber selbst als Begleiterscheinung der Myocarditis ist sie nicht häufig. Auch die Endocarditis syphilitica ist fast ausnahmslos als ein vom Myocard fortgeleiteter Process aufzufassen. Die Endocarditis parietalis erstreckt sich, der Ausbreitung einer gummösen oder fibrösen Myocarditis folgend, meist nur über kleine Abschnitte, wobei das Endocard gewöhnlich glatte oder flach höckerige, weisse Platten darstellt, die selbst knorpelhart werden und eine Dicke von 1 Mm. oder darüber erreichen können. Auch können die Klappen dadurch erkranken, dass eine syphilitische Affection der Umgebung auf sie übergreift.

Die angeborene Syphilis scheint nur selten zur Erkrankung der Herzen zu führen; unter 150 Sectionen congenital syphilitischer Kinder aus der ersten Lebenswoche fand Verf. nur viermal typische Producte der Syphilis am Herzen. Viel öfter dagegen kommt fettige Degeneration dieses Organes vor, offenbar als indirecte, nämlich durch die gestörte Ernährung bedingte Folge der Syphilis. Von direct syphilitischen Veränderungen werden auch bei der congenitalen Erkrankung am häufigsten Gummen im Herzmuskel gefunden, die hier allerdings mehr einer circumscripten fibrösen Myocarditis ähnlich sind. Ausserdem werden beschrieben eine diffuse fibröse Entartung, ferner schwere Veränderungen einer

diffusen, acuten interstitiellen Myocarditis und Erkrankungen der Herzgefässe.

Was die klinischen Erscheinungen betrifft, so kommen kurzdauernde, aber oft wiederkehrende Störungen in der Herzfunction, die sich in Palpitationen, Druck in der Herzgegend äussern, nicht selten schon im secundären Stadium vor. Die eigentliche Herzsyphilis aber gehört den Späterscheinungen an und wird am häufigsten 6—10 Jahre nach der Infection beobachtet. Da die anatomischen Veränderungen sich gewöhnlich nicht auf einzelne Abschnitte oder Gewebe des Herzens beschränken, sind auch die klinischen Symptome in der Regel vielgestaltig und complicirt, doch überwiegen meist die einer Myocarditis: Beklemmungen, Herzklopfen, Schmerz in der Herzgegend, Dyspnoe, die sich zu wahrer Erstickungsangst steigern kann. Objectiv findet man mitunter eine leichte Dilatation. Asystolie und besonders persistirende Arhythmie, ferner Cyanose, leichte Oedeme, selten und wohl nur bei gleichzeitiger Erkrankung der Leber und Nieren, Anasarka und Ascites. In anderen Fällen wiegen die Erscheinungen eines Klappenfehlers vor. Pathognomonische Merkmale der Herzsyphilis gibt es nicht; die einzigen, wohl zu beachtenden Fingerzeige bieten die Anamnese oder concomitirende Erscheinungen von Syphilis. Der Verlauf der Krankheit scheint ein langsamer und schleichender zu sein. Die Mehrzahl der Fälle wurde erst bei der, häufig gerichtlich veranlassten Section erkannt und betraf plötzlich Verstorbene, von deren Lebzeiten alle Beobachtungen fehlten. Das ganz plötzliche und unerwartete Eintreten des letalen Endes ist jedenfalls bei Herzsyphilis auffallend häufig; andere Male gehen dem Tode kurze Zeit Herzschwäche und Coma voraus, oder er erfolgte durch Embolie. Bei rechtzeitiger Erkenntniss der Grundursache eines syphilitischen Herzleidens kann aber auch, je nach Art der anatomischen Läsionen, mehr oder weniger vollständige Heilung eintreten. Die Therapie besteht am besten in der Combination von Inunctionen mit der Darreichung grosser Dosen Jodkalium, doch muss die Behandlung umsichtig dem einzelnen Falle angepasst und, mit Intermissionen, sehr lange fortgesetzt werden.

1085. ***Fall von Pemphigus bei einer jungen erwachsenen Frau, Septicämie, Tod.*** *Von* **Penrose.** *The Lancet. 3. Februar 1894. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXIX, Heft 2.)*

Die 22jährige Frau hatte 3 Wochen vor ihrer Aufnahme in das Hospital Halsschmerzen, die sich dann besserten, aber am 8. November 1893 wiederkehrten und bis zur Aufnahme anhielten. Am 11. November bemerkte sie eine schmerzhafte Röthe an beiden Vorderarmen. Am 12. November während der Nacht Jucken in den Vorderarmen und am 13. Früh Auftreten kleiner Bläschen auf den Vorderarmen und der Vorderseite beider Knien. Bei der Aufnahme am 13. war die Temperatur 39·14. Auf der rechten Halsseite eine geschwollene Drüse. Innenseite des Rachens etwas geröthet und auf der linken Tonsille eine Art weisser Membran. Am weichen Gaumen einige Bläschen; Zunge rein. Beide Vorderarme und Arme bedeckt mit klaren Bläschen, die am dichtesten über dem rechten Nervus ulnaris standen, wo die Bläschen die Grösse grosser Bohnen erreichten und fast confluirten. Keine Blase



war purulent, einige etwas hämorrhagisch. Die Basis jeder Blase bestand aus gerötheter Haut. Zwischen den Blasen keine Dermatitis. In der Nachbarschaft der Eruption schmerzhafte Empfindungen. An den Hohlhänden nichts, aber auf der Rückseite Eruption. Ueberhaupt mehr Eruption auf der Streck- als Beugeseite mit Ausnahme der inneren Fläche des rechten Armes. Ueber jeder Patella eine Gruppe klarer Bläschen, einige auch über dem Rücken jedes Fusses und der Streckseite der Beine. Die Bläschen sanken nabelförmig ein, ehe sie die Grösse einer halben Erbse erreichten. Urin normal, ebenso Herz und Lungen. Allmälig erschienen zahlreiche frische Bläschen, auch im Gesicht, auf der Kopfhaut, den Hohlhänden. Auf den Armen flossen sie zn grösseren Blasen zusammen und platzten überall in grosser Menge, wodurch es zu grösseren, ulcerösen Flächen kam. Die Patientin verfiel in einen typhoiden Zustand, während immer neue Blasen erschienen, die bald pustulös wurden. Jede Therapie erwies sich als nutzlos. Die Temperatur stieg auf 40° C., der Puls auf 140. Am 29. November Tod. Bei der Section fand sich keine Erkrankung innerer Organe. Besonders das Rückenmark sah gesund aus. Leichte Congestion des Duodenum. Keine Pneumonie.

1086. ***Acutes Lungenödem bei einer Herzkranken in Folge von physischer Ueberarbeitung. Heilung durch Aderlass.*** *Von **Moretti.** (Semaine méd. 1894. 50. — Allg. med. Central-Ztg. 1894. 87.)*

Dieser Fall ist bemerkenswerth durch seine Aetiologie, sowie durch den Erfolg der Behandlung. Er betrifft eine 48jährige Dame von robuster Constitution, welche zuvor scheinbar vollkommen gesund gewesen war. Nach einer reichlichen Mahlzeit gab sie sich dem Genusse eines allzu langen Tanzes hin. Unmittelbar nach seiner Beendigung fühlte sie sich unwohl, bald trat heftige Dyspnoe ein, hierauf eine Art Stickhusten, unmittelbar darauf erfolgte Expectoration einer grossen Menge sanguinolenten schaumigen Sputums. Die physikalische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines Lungenödems. Exitus letalis schien unvermeidlich zu sein. Unter diesen Umständen liess Verf. sofort zur Ader und entfernte der Patientin 400 Grm. Blut. Der Zustand besserte sich sofort; nach zwei Stunden waren alle bedrohlichen Symptome verschwunden. Eine später ausgeführte genaue Untersuchung der Patientin ergab Mitral-Insufficienz und Hypertrophie des linken Ventrikels.

1087. ***Ein Fall von Embolie der Aorta.*** *Von Dr. **W. Jürgens.** Aus der Hospitalsklinik des Prof. K. Dehio in Dorpat. (Münchener med. Wochenschr. 1894. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1894. 42.)*

Ein 27jähriger junger Mann, der seit seiner Jugend an einer Insufficientia mitralis litt, erkrankte plötzlich mit Fieber, dabei empfand er ein Gefühl von Kälte in den Beinen mit allgemeiner grosser Schwäche. Der linke Unterschenkel war geschwollen, schmerzhaft, geröthet und allmälig trat in ihm Gefühllosigkeit und Unbeweglichkeit ein. Es handelte sich hier um den embolischen Verschluss der linken Art. poplitea. Zwei und eine halbe Woche darnach traten wiederum eines Morgens starke Schmerzen im Magen auf und nach einigen Stunden war eine paraplegische



Lähmung mit Sensibilitätsverlust an der ganzen unteren Körperhälfte bis hinauf zum Nabel zu constatiren. Im Laufe des Tages in's Hospital gebracht, zeigte sich an den unteren Extremitäten und an der unteren Hälfte des Abdomens eine marmorirte livide Verfärbung. Die untere Körperhälfte fühlte sich kalt an. Die Beine waren gelähmt und ihre Sensibilität wie Reflexe verschwunden. Der Cruralpuls war kaum und später gar nicht mehr fühlbar. Das Abdomen war stark aufgetrieben. Blase und Mastdarm waren gelähmt. Am Herzen hörte man ein lautes systolisches Geräusch. — In wenigen Stunden schwoll das Abdomen noch mehr an, die marmorirt-livide Verfärbung wurde deutlicher und breitete sich weiter aus und unter zunehmender Körper- und Herzschwäche trat noch am Abend des Erkrankungstages der Tod ein, wobei blutig gefärbter Mageninhalt erbrochen wurde. Die Section ergab: Nach abwärts vom Abgang der Arteria renalis ist das Lumen der Aorta abdominalis von festen bröcklichen Thrombusmassen angefüllt, die theils schon entfärbt sind und theils noch ein frisch rothes Aussehen haben und der Gefässwand fest anhaften. Frische thrombotische Gerinnungen setzen sich in beide Arteriae iliacae hinein fort. Die linke Arteria poplitea ist durch einen älteren schon organisirten embolischen Thrombus vollkommen obliterirt. — Im linken Vorhof fanden sich noch geringe Reste älterer Gerinnungen. Offenbar war zuerst aus dem Herzen ein Embolus losgerissen worden, der die linke Arteria poplitea verstopfte und ein anderer Theil des Herzthrombus muss sodann in die Aorta gefahren und über ihrer Gabelung stecken geblieben sein.

1088. ***Der plötzliche Tod durch das Nervensystem; therapeutische Anzeigen, die aus dem Mechanismus desselben folgen.*** *Von Dr.* ***Lancereaux.*** *(Semaine méd. XIV. 5. 1894. — Schmidt's Jahrb. 1894. 7.)*

Jedes Organ wird in seinen Leistungen beeinflusst durch zwei Arten von Nerven, durch beschleunigende und durch hemmende. Nur das durch sie hergestellte Gleichgewicht sichert die Function. Verf. erörtert dies zunächst am Einfluss des Vagus und des Accelerans auf das Herz, des Vagus und des Laryngeus superior auf In- und Exspiration. Ein Erregungszustand in diesen Nerven, hervorgerufen durch irgend eine Ursache, ist im Stande, den plötzlichen Tod des Individuums herbeizuführen. Experimentell lässt sich durch starke Erregung des peripherischen Endes des durchschnittenen Vagus momentan das Herz zum Stillstande bringen. Verschiedene Ursachen können auch beim Menschen Herzstillstand zur Folge haben; Kopfverletzungen, Vergiftungen durch Digitalis, Atropin, Aconitin, selbst lebhafte seelische Erregung. Besonders gefährdet sind Kranke mit materiellen Veränderungen in der Gegend der Vaguskerne, etwa mit Tumoren. Die Hauptgelegenheitsursache zum plötzlichen Tode geben reflectorische Einflüsse ab, die auf dem Wege der sensibeln Nerven zu den Vaguskernen gelangen, häufig auch directe Schädigungen des Vagus; so entzündliche Veränderungen oder Neoplasmen am Halse oder im Mediastinum, oder Hyperplasien der Thymus, der Schilddrüse, Aortenaneurysmen, Aneurysmen der Basilaris. Ebenso können auch die visceralen Aeste des Vagus, wenn sie gereizt werden, reflec-

torisch Herzstillstand veranlassen, so bei Stössen auf den Leib, bei Eingriffen in den Uterus. *Brown-Séquard* sah nach Wegnahme der Semilunarganglien Herzstillstand auftreten; wenn er aber vorher den Vagus durchschnitt, trat dies nicht ein. Das Herz ist in solchen Fällen contrahirt und enthält sehr wenig Blut; so lässt sich durch die Autopsie diese Todesart feststellen; durch die klinische Beobachtung ist die Diagnose deshalb schwerer zu stellen, weil dem Herzstillstande sofort die Athmungslähmung folgt. Ebenso kann durch Compression des Vagus im Mediastinum, etwa durch ein Aneurysma, auch primäre Respirationslähmung hervorgerufen werden; für diesen Fall erzählt Verf. ein selbst erlebtes Beispiel; ebenso sah er bei einem Knaben im epileptischen Anfall eine so schwere Respirationslähmung auftreten, dass trotz künstlicher Athmung der Tod drohte, der nur durch Morphiuminjection abgewendet werden konnte; das gleiche Mittel versagte auch nicht in einem Falle von Larynxcarcinom. Plötzlich trat eine schwere Asphyxie ein, die sofort gemachte Tracheotomie hatte keinen Erfolg, nur eine Morphiumspritze brachte sofortige Hilfe. In dem Falle des Knaben waren die Krämpfe hervorgerufen durch Spulwürmer, nach deren Abtreibung sie verschwanden. Ein anderer Fall von plötzlichem Tode durch Respirationslähmung wurde bei einem Typhusreconvalescenten beobachtet und auf den Reiz eines in Heilung begriffenen Darmgeschwüres zurückgeführt. Respirationslähmung kann eintreten wegen directer Alteration des Centrum in der Oblongata oder auf reflectorischem Wege. Tumoren, Entzündungen, auch Einathmung von Ammoniak können dazu führen. Das Herz verhält sich auch hier charakteristisch; es ist prall gefüllt mit schwarzen Cruormassen, nicht leer, wie bei der primären Herzlähmung.

Therapeutisch empfiehlt Verfasser vor Allem, wegen seiner schnellen Wirkung, das Morphium; besonders auch in Fällen von plötzlichem Stillstande der Athmung während der Chloroformnarcose, bei Ertrunkenen, bei durch Rauch während einer Feuersbrunst Erstickten. Auch prophylactisch ist das Morphium bei disponirten Kranken mit Tumoren u. s. w. in der Nähe des Vagus von Nutzen.

1089. ***Zur Diagnose der Pancreassteincolik.*** *Von Dr. **M. Holzmann.** (Münchener med. Wochenschr. 1894. 20. — Arch. f. Kinderhk. Bd. XVIII, Heft 1 und 2.)*

Bei dem Patienten, einem 69 Jahre alten Herrn, trat plötzlich ein heftiger Schmerzanfall im linken Hypochondrium auf, dem ein dumpfes, drückendes Gefühl im Leibe einige Stunden vorausgegangen war; der Kranke localisirte die Schmerzen auf eine dicht am linken Rippenbogen unter der Mammillarlinie gelegene Stelle, von wo sie leicht ausstrahlten. Zu Beginn der Colik bestand heftiger Speichelfluss, das Wasser lief dem Kranken fortwährend im Munde zusammen, so dass er allmälig etwa 1 Liter einer klaren, fadenziehenden, mit Speiseresten gemengten Flüssigkeit ausspuckte. Der Anfall dauerte über 12 Stunden und wurde durch eine Morphiuminjection nicht beeinflusst. In dem sehr normal befundenen Harn liess sich nach der Attaque schwacher Zuckergehalt constatiren, der in den nächsten Tagen wieder schwand, um nach einiger Zeit wiederzukehren. Nachdem sich in den folgenden Tagen die Anfälle



häufiger einstellten, wobei das Morphium stets wirkungslos war, wurde ein Versuch mit subcutaner Injection von Pilocarpin (1/2 Grm. einer 1procentigen Lösung) gemacht, die jedoch gleichfalls keinen sonderlichen Effect hatte. Die letzten besonders heftigen Anfälle waren von leichten Fieberbewegungen begleitet. Als wichtige Momente sind der während mehrerer Anfälle beobachtete Speichelfluss, die intermittirende Zuckerausscheidung und das Fieber zu erwähnen; diese Umstände ermöglichen die Diagnose, Pancreassteincolik im Zusammenhalt mit den anderen bei dem Kranken zu beobachtenden Erscheinungen.

Aus dem späteren Verlaufe erwähnt Verf., dass bei dem Patienten, der nach seinem Spitalaustritt in ambulatorischer Behandlung blieb und 3mal wöchentlich 1 Ccm. der 1procentigen Pilocarpinlösung injicirt erhielt, diese anfangs wirkungslose Medication ein Ausbleiben der Schmerzanfälle zur Folge hatte, was wohl der die Pancreassecretion befördernden Wirkung des Medicamentes, welche die Ausschwemmung noch vorhandener Concremente ermöglichte, zuzuschreiben war.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

1090. ***Behandlung von traumatischer Epilepsie durch die Trepanation.*** *Von **W. White** und **A. C. Wood.** (Amer. Journ. of the med. sciences, 1893. — Centralbl. f. Chir. 1894. 44.)*

In einem Falle von traumatischer Epilepsie wurde durch Trepanation und Excision von verdicktem Duragewebe Aufhören der Anfälle für 6 Monate erzielt. Später traten sie wieder auf und der Kranke ging an Zerreissung einer Hirnarterie zu Grunde. *White* bemerkt, dass er 24 Fälle von traumatischer Epilepsie in gleicher Weise operirt habe, welche wenigstens für kurze Zeit durch den Eingriff günstig beeinflusst wurden. In einem Falle von veralteter Depressionsfractur kam es zu Erscheinungen von Verfolgungswahn. Trepanation und Eröffnung einer Cyste an der Stelle der Narbe führten zu vollkommener Besserung für 8 Monate. Darauf erneuter Schlag auf den Kopf und kurze Zeit nachher dieselben Wahnvorstellungen wie früher. Neue Operation, bestehend in Excision der vernarbten Cystenwand und der angrenzenden Hirnpartie, brachte wiederum zunächst Heilung. Unheilbarer Kopfschmerz bei bestehender Eiterung einer jahrealten Kopfwunde wurde durch Trepanation geheilt (1 Fall).

1091. ***Ueber schmerzhafte Adhäsionen des Peritoneums.*** *Von **E. Nicaise.** (Revue de chir. 1894. 8. — Centralbl. f. Chir. 1894. 44.)*

Verf. theilt einige Beobachtungen von Intestinalcoliken mit, welche durch — letzter Zeit namentlich von deutschen Chirurgen beschriebene — entzündliche Verwachsungen in der Bauchhöhle bedingt waren. Nach seinen Erfahrungen verursachen die im Becken gelegenen Adhäsiventzündungen, ferner die mehr band- und fadenförmigen Verwachsungen häufiger Schmerzen, die naturgemäss von



sensiblen Individuen stärker empfunden werden; andererseits können weit ausgedehnte Verwachsungen, besonders des Dünndarmes, manchmal nur geringe Schmerzen veranlassen. Der Nachweis vorausgegangener Bauchfellentzündungen bei Erhebungen der Anamnese, die genaue Feststellung des Sitzes der Schmerzen, das Auftreten derselben bald nach der Nahrungsaufnahme oder erst nach einigen Stunden, ihr Zusammenhang mit dem Eintritt der Menstruation wird zuweilen eine richtige Diagnose auch in Bezug auf die Localisation der entzündlichen Verwachsungen in der Bauchhöhle ermöglichen; in anderen Fällen wird die Probeincision gerechtfertigt sein. Dass die Beseitigung der Verwachsungen die Beschwerden heilen kann, zeigen auch Verf.'s Erfahrungen.

Dermatologie und Syphilis.

1092. ***Syphilitische Knoten des Zungenbeins.*** *Von Dr.* ***G. T. Elliot.*** *(Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1893. — Deutsche Medic.-Ztg. 1894. Nr. 88.)*

Verf. beobachtete 5 Fälle von zweifelloser Syphilis, bei denen die Kranken über heftige Schmerzen beim Schlucken und Sprechen klagten. Diese subjectiven Empfindungen traten auch bei ganz bestimmten Kopf- und Nackenbewegungen auf. Genaue Localisation der Schmerzen war nicht möglich; stets wurde die Kehlkopfgegend als der Ort des Ausgangs der Schmerzen bezeichnet. Es konnte in allen Fällen mit Sicherheit eine Laryngitis oder Myositis syphilitica ausgeschlossen werden. Bei genauer Untersuchung fanden sich Knoten im Zungenbein, die entweder solitär oder in Gemeinschaft mit Chondritis oder Epichondritis der Cartilago thyreoidea vorkamen. Verf. gibt 2 Krankengeschichten wieder. In der einen kamen zugleich mit periostitischen Verdickungen des Zungenbeins Anschwellungen in vielen Röhrenknochen vor. Die Behandlung bestand in der (internen?) Darreichung von Sublimat und Jodkali und erzielte Schwund der Erscheinungen. Letzterem Medicament wich auch ein etwa 1 Jahr später auftretendes Recidiv. Bemerkenswerth ist, dass bei einer Kranken im Anschluss an die Jodkaliummedication eine profuse Leukorrhoe auftrat, welche erst nach Aussetzen des Heilmittels aufhörte.

1093. ***Nephritis syphilitica praecox.*** *Von Prof.* ***Jaccoud.*** *Hôpital de la Pitié. (L'Union méd. 1893. 61. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 88.)*

Es handelt sich um einen 25jährigen Mann mit verbreiteten Oedemen in Folge von Glomerulo-Nephritis. Diese hätte nach seiner Angabe auf eine plötzliche Abkühlung zurückgeführt werden können, wenn man nicht durch den Befund einer allgemeinen papulösen Eruption, verbunden mit Condylomata lata ad anum, zur Diagnose Nephritis syphilitica gekommen wäre. Was den Fall merkwürdig macht, ist der frühzeitige Eintritt dieser Complication: einen Monat nach der Infection Secundärerscheinungen und schon im Verlauf des dritten Monats Nierenentzündung! Seit der ersten Beobachtung Verf.'s 1864 sind von anderer Seite Bestätigungen in genügender



Anzahl erfolgt, um diesen Zusammenhang ausser Frage zu stellen. Als früheste Periode galten bis jetzt 3—8 Monate.

1094. ***Ueber die Incubationsdauer bei Syphilis.*** *Von Prof. Dr.* ***R. Bergh****, Kopenhagen. (Monatsh. f. prakt. Dermat. XVII. 12. — Deutsche Med.-Ztg. 1894. 87.)*

Verf. hat die Krankengeschichten von 254 männlichen, mit frischer Syphilis in seine Beobachtung gekommenen Individuen ausgesucht, welche ziemlich oder ganz zuverlässige Daten für die Feststellung der totalen Incubation, d. h. die Zeit, welche zwischen Infection und dem ersten Auftreten syphilitischer Allgemeinerscheinungen verflossen war, lieferten. Dieser Intervall war nun von sehr verschiedener Länge und wechselte zwischen 24 und 204 Tagen. Am häufigsten (in 32 Fällen) trat die Allgemeineruption in der 8. Woche auf, dann (30 Fälle) in der 10. und (28 Fälle) in der 7. Woche; recht oft aber verzögerte sie sich bis in die 14. (24 Fälle) und in die 15. (27 Fälle). Eine noch längere, und zwar 20 bis 24 Wochen dauernde Incubation war siebenmal zu verzeichnen. In 2 Fällen mit ganz ungewöhnlich kurzer Incubationszeit (24 und 25 Tage) entwickelte sich eine besonders schwere Syphilis; andererseits aber zeigte sich, dass auch eine ziemlich, oder selbst sehr lange Incubation keine Garantie für einen leichteren Verlauf der Krankheit gewährt. Die Ursachen für die verschiedene Dauer der Incubation bleiben meist ganz unbekannt. Zunächst kommt wohl hier in Betracht die Intensität und auch die Menge des eindringenden Virus, danach die Receptivität und Widerstandsfähigkeit des Individuums, endlich der Einfluss von verschiedenen Verhältnissen, die besonders begünstigend oder schwächend auf das eingedrungene Gift einwirken können. Denkbar wäre es ferner, dass Individuen, die von syphilitischen Eltern stammen, ohne selbst hereditär inficirt gewesen zu sein, eine langsamer sich entwickelnde und leichter verlaufende Syphilis acquiriren. Auch ist sicher, dass eine geschwächte Constitution für die tumultuarische Entwicklung einer malignen Syphilis einen geeigneten Boden abgibt. Dass durch eine frühzeitige präventive Behandlung, sowie durch intercurrente hochfieberhafte Krankheiten die Incubationsdauer oft beträchtlich verlängert wird, ist durch vielfache Erfahrungen festgestellt.

1095. ***Massage bei Hautkrankheiten.*** *Von* ***A. Symons Eccles****. (The Lancet. 1893. 14. Oct. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 29. Bd. 2. H.)*

Was die Massage bei pathologischen Zuständen der Haut angeht, so erweist sie sich vor Allem wirksam bei geschwächter und träger Circulation mit der daraus sich ergebenden peripheren Ischämie, Cyanose oder Frostbeulen. Massage ist aber nicht nur nützlich, wenn sie direct auf dem afficirten Theile angewandt wird, sondern sie kann auch als ein mechanisches Stimulans benützt werden oberhalb der vasomotorischen Centren, die die Blutgefässzustände solch eines Theiles controliren. So scheint z. B. Reiben und Kneten über der Cervical- und Dorsolumbalregion des Rückenmarkes, verbunden mit festem Kneten entlang dem Erector spinae, entzündliche Läsionen der Haut der unteren Extremitäten zu beeinflussen. Bei einigen Fällen von Pruritus erwies sich Massage auch vortheilhaft; bei Hautveränderungen, die von Neuritis oder Peri-



neuritis abhängen, ist ihr Erfolg ein sehr guter. So kann z. B. Herpes zoster dadurch zum abortiven Verlauf gebracht werden. Bei Hautläsionen, die charakterisirt sind durch Anhäufung entzündlicher Producte, durch Ueberladung der Lymphräume, durch Stockungen in den Lymphgefässen, ist sie besonders vortheilhaft, nur muss man mit Behandlung einer kleinen Stelle beginnen. Auch bei Psoriasis ist sie nützlich.

1096. ***Weiche Schanker an den Fingern.*** *Von L. Cheinisse, Montpellier. (Journ. de malad. cut. et syph. 1894. 1. — Deutsche med. Ztg. 1894. 97.)*

Extragenitale weiche Schanker sind überhaupt nicht häufig; insbesondere werden sie auch, was bei der so nahe liegenden Gefahr der Uebertragung von den Genitalien aus eigentlich wunderbar erscheint, nur sehr selten an den Fingern beobachtet. Verf. sah bei einem 25jährigen Bäcker, der seit zwei Monaten eine Anzahl von Geschwüren am Penis hatte, ein sehr typisches Ulcus molle mit steilem, unregelmässigem, etwas abgehobenem Rande und graugelb belegtem Grunde auf der Dorsalseite des linken Ringfingers; dasselbe war einige Tage, nachdem sich der sehr unsaubere und seine Genitalienschanker häufig controlirende Pat. eine Schramme an der betreffenden Stelle zugezogen hatte und etwa 40 Tage nach dem Auftreten der Penisgeschwüre entstanden. Vor acht Tagen hatte sich eine sehr schmerzhafte Adenitis und Periadenitis der linken Cubitaldrüse hinzugestellt. Ein zweites Ulcus, das aber wie die zugehörige Cubitaldrüsenentzündung bereits in der Rückbildung begriffen war, fand sich an der Aussenseite des rechten Mittelfingers, nahe der Nagelwurzel. Inoculationen mit dem Eiter der Geschwüre an den Genitalien und von der linken Hand ergaben ein positives, solche von der im Respirationsstadium befindlichen Ulceration der rechten Hand ein negatives Resultat. — Unter Jodoformbehandlung heilten die Schanker der Finger rasch, während sich die des Penis weit hartnäckiger erwiesen.

1097. ***Vaccination und Nephritis.*** *Von Dr. Falkenheim, Königsberg. Vortrag bei der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1894. 44.)*

Im Anschlusse an die *Perl*'sche Mittheilung eines Falles von acuter Nephritis bei einem vaccinirten Kinde sind bei 187 Erstimpflingen (Knaben im Alter von 1—12 Monaten) Urinuntersuchungen am 1., 7., 10., theils auch 3. Tage nach der Impfung mit Thierlymphe vorgenommen worden. Abgesehen von zwei Fällen, in welchen eine ältere Nephritis und eine Scharlachnephritis bestand, Fällen, die andauernd einen erheblichen Eiweissgehalt zeigten, waren die Impflinge bis auf geringere oder hochgradigere Rhachitis, mässige Bronchialcatarrhe, Darmkatarrhe verschiedener Intensität gesund. Von 175 Kindern, von denen der Urin bereits am 1. Tage zur Verfügung stand, hatten 25 schon am 1. Tage etwas Albumen, allerdings fast ausschliesslich minimale Spuren, und diese ganz vorübergehend, 10 am 7., beziehentlich 10. Tage, ebenfalls nur minimale Spuren. Ob diese geringe Albuminurie den oben angeführten geringen pathologischen Veränderungen zur Last zu legen ist oder in Analogie zu dem



Vaccinefieber (Früh-, respective eigentlichen Vaccinefiebers) zu setzen ist, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden, da die Kinder nicht vor der Impfung untersucht werden konnten.

Die vorliegenden Beobachtungen lehren aber, da bei den 187 Kindern eine frische Nephritis nicht gesehen wurde, dass eine eigentliche vaccinale Nephritis, wenn sie überhaupt existirt, jedenfalls eine Seltenheit ist. Im Anschlusse wird mitgetheilt, dass Versuche, den Ablauf der Vaccine, den *Finzen*'schen Beobachtungen bei Variola entsprechend, durch Belichtung mit rothem Lichte zu beeinflussen, negativ ausgefallen sind. (Autoreferat.)

Gerichtliche Medicin, Criminal-Anthropologie, Toxikologie.

1098. ***Experimentelle und kritische Beiträge zur Lehre vom Tode durch Erhängen.*** *Von DDr.* ***Haberda*** *und* ***Reiner****, Wien. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 1894. Supplement.)*

Die Verff. gelangen auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die beim Erhängen nach *v. Hofmann* stattfindende Verlegung des Lumens der beiden Carotiden kann nicht bezweifelt werden. 2. Ausserdem werden auch die beiden Vertebrales in der Regel, beim typischen Erhängen wohl immer, verschlossen. Beide Umstände zusammen erklären den raschen Eintritt der Bewusstlosigkeit der Erhängten. 3. Daneben kann im Momente der Suspension diastolischer Herzstillstand eintreten. Es wird aber zu erwägen sein, ob derselbe durch die von Seiten des Strangulationsbandes geübte mechanische Reizung des Vagusstammes selbst, oder ob er nicht eher durch einen vom Laryngeus und seinen Verzweigungen auf den Vagus reflectirten Reiz ausgelöst wird. 4. Diese Nervenreizung kann bei unvollkommenem Verschluss der zum Gehirn führenden Arterien den Eintritt der Bewusstlosigkeit beschleunigen, andererseits aber die Dauer der Asphyxie verlängern. 5. Der „Hirndruck" übt keinen bestimmenden Einfluss auf Ablauf der Erscheinungen beim Erhängungstode aus. 6. Eine die Athembewegungen hemmende Wirkung der traumatischen Laryngeusreizung, wie sie *Ignatowsky* annimmt, ist wahrscheinlich.

Literatur.

1099. ***Inhalations- und pneumatische Behandlung der Erkrankungen der Athmungsorgane.*** *Von Dr.* ***Adolf Schmid****, Hofrath in Reichenhall. Referirt von Sanitätsrath Dr. Hausmann in Meran.*

Diese Abhandlung bildet einen Theil des dritten Bandes des Sammelwerkes der speciellen Therapie innerer Krankheiten, herausgegeben von *Penzoldt* und *Stinzing* und ist unter der Feder des langjährigen und



vielerfahrenen Therapeuten *Adolf Schmid*, eine Musterleistung an Klarheit, Kürze und kritischem Urtheil geworden. Das Ganze zerfällt in zwei Hauptgruppen, und zwar Inhalationsbehandlung der Erkrankung der Athmungsorgane und pneumatische Behandlung derselben.

Nach Vorausschickung einer kurzen, interessanten, geschichtlichen Einleitung der ersten Gruppe, wobei schon des primitiven Inhalationsapparates von *Hippokrates* gedacht wird, eines Topfes mit durchbohrtem Deckel, der ein Schilfrohr zum Entweichen der Dämpfe hatte, gelangt der Verf. in wenigen Seiten zur neuesten Zeit, in welcher nicht wie bis dahin nur leicht in Dampfform überführbare Körper oder Gase zu Inhalationen benützt werden, sondern bereits in Wasser gelöste Stoffe durch mechanische Zertheilung der Flüssigkeit in kleinste Stäubchen. Die Frage, ob medicamentöse Flüssigkeiten in die feinsten Bronchien und Alveolen eindringen konnten, wurde ebensowohl wie das Eindringen von Russ, Staub, Eisenoxydul (corpusculäre Elemente) von vielen Seiten erwiesen. Wenn trotzdem die Localtherapie hinter den Erwartungen zurückblieb, so fand dies durch *J. Schreiber* 1888 die Erklärung darin, dass er nachwies, dass corpusculäre Elemente nicht in die erkrankten Theile der Lunge gelangen, weil ausser der Kraft des Inhalationsapparates die Aspirationskraft der Lunge erforderlich sei und diese letztere fehle der kranken Lunge. Eine kranke Lunge nimmt bei Kohlenstaub-Inhalation keine Kohle auf, während die gesunde von derselben ganz übersäet war. Sind beide Lungen erkrankt, so gelangen Kohlenstäubchen durch Inhalation in beide Lungen, bleiben aber vor dem Krankheitsherd deponirt. Flüchtige Elemente in Dampfform gelangen wahrscheinlich in die tiefsten Lungenpartien (Dämpfe, Räucherungen, Gase), für die oberen Respirationswege sind Einathmungen zerstäubter Flüssigkeiten rationell. Nach alledem betrachtet *Schmid* die Inhalationen nur als Unterstützungs-, nicht als Heilmittel, sie haben ihren Hauptwerth durch die Einwirkung auf die mit Lungenerkrankungen fast stets verbundenen Erkrankungen der Bronchien.

Nach dieser in meisterhafter Kürze und Klarheit festgestellten Beurtheilung geht *Schmid* zu den einzelnen Beimengungen der medicamentösen Stoffe der Athmungsluft über und gibt an, wie man einfache Apparate aus Glastrichtern und Gummischläuchen etc. sich selbst darstellt und den Vortheil hat, zu keinerlei besonderen Körperlage gezwungen zu sein, erwähnt als besonders brauchbar zur Inhalation ätherischer Oele den vielgebrauchten Apparat von *Schreiber* in Königsberg, die *Wulff*'sche Flasche und *Simon*'sche Inhalationsfläschchen zur Anwendung von Terpentin-, Eucalyptus-, Nelken-, Pfefferminz-, Salbei- und andere Oele, ferner Creosot, Carbolsäure, Jodoform, Menthol, Alkohol, Chloroform. Gegen Larynxtuberculose wird zu Terpentinöl hinzugefügt 3—4mal täglich 10—15 gt. auf 3—4 Inhalationen von Rp. Jodoform. 1·0. Ol. Eucalypt. 20. Ol. Caryoph. 5·0.

Um die medicamentösen Inhalationen lange fortsetzen zu können, sind die Inhalationsmaske von *Curschmann* und der Inhalations-Respirator von *Hausmann* empfohlen, ebenso *Feldbausch*' Naseninspirator, weil zur Aufnahme reichlich verdunstender Medicamente geeignet. Die Räucherungen mit Canabis indica, Stramonium, Salpetercigaretten werden gleichfalls gewürdigt, die meisten Gasinhalationen aber abgethan.

Unter den vielen zu Inhalationen verwendeten Mitteln hat *Schmid* nach den Resultaten seiner ungemein zahlreichen Beobachtungen strenge Auswahl getroffen und so spricht er das Wort unter den Emollientia

mittelst Dampfgasinhalts, bei acuten und chronischen Catarrhen mit trockenem und quälendem Husten zur Befeuchtung der Schleimhaut, der Lösung des Schleimes und seiner Verflüssigung: der feuchten Wärme zur Feuchterhaltung der Zimmerluft; Rad. Alth., Rad. liquirit. 2—4 : 100, Glycerin 6 : 100 mittelst Dampfinhalationen. Von Adstringentien sind Tannin 0·2—2·0 : 100, Arg. nitr. 0·2—1 : 100 bei chronischen Rachencatarrhen etc. bei reichlicher Secretion empfohlen, das letztere mit Recht bei Tuberculose des Larynx verworfen. Von den Resolventia, Verflüssigung und Verdünnung des zähen Secretes bezweckend, ist Kochsalz bei acuten Processen zu reizend, bei chronischen, besonders als Solezerstäubung von entschiedenem Werth. Salmiak 0·2—3 : 100 bei acuten Catarrhen nur schwache, bei chronischen stärkere Lösungen. Kali und Natr. bicarb. 0·2—2 : 100 verflüssigen Mucinverbindungen prompt (Pharyngitis sicca). Excitantia. Pix liquida bei chronischen Catarrhen Anämischer, bei Blennorrhoe, Bronchiectasie, putrider Bronchitis, Lungengangrän am besten durch die obige Respiratoren angewendet. Terpentinöl, eines der wichtigsten und wirksamsten Heilmittel, gehört hierher. Ebenso Fichtennadel-Inhalationen Reichenhalls u. s. w. Desinficientia mit bacterientödtender Wirkung: Acid. carbolic. 0·5—5·0 : 100, ebenfalls für die Anwendung durch obige Respiratoren geeignet, bei putriden Processen, Keuchhusten, Phthise. Hierher gehören: Natr. benzoic. 3 : 100, Menthol, Jofoform, Natr. chloro-borosum. Narcotica, bei denen man wegen der schweren Dosirung sehr vorsichtig sein muss. Endlich Mineralwässer-Inhalationen, besonders bei den acuten und chronischen Catarrhen der oberen Luftwege, besonders Emser Wässer, ferner Kochsalzwässer, Schwefelwässer.

Der zweite Abschnitt der Abhandlung betrifft die pneumatische Behandlung der Erkrankungen der Athmungsorgane.

Diese ist bestrebt, durch künstliche Veränderung der Dichtigkeit der Athmungsluft therapeutisch auf die Athmungsorgane, durch Erhöhung oder Erniedrigung des Luftdruckes einzuwirken. Bis in's Jahr 1664 führt uns *Schmid* zurück, da bereits in England Kammern für comprimirte und verdünnte Luft von *Henshav* errichtet wurden. Die heutige Musteranstalt existirt in Reichenhall. Die Luft wird durch Luftpumpen angesaugt, in gusseiserne Rohre befördert, dort gepresst, dann in Windhaspel geführt und von dort aus in die einzelnen Cabinete geleitet, respective durch Löcher der mit Teppichen belegten Fussböden. Ein Manometer gibt den im Cabinete vorhandenen Druck an. Der Austritt der Luft geschieht durch Oeffnungen, nahe der Decke der Cabinete. Die Regulirung des Druckes wird dadurch erreicht, dass ein Ueberschuss von Luft den Cabineten zugeführt und Abfluss nach dem Manometer bewirkt wird. Die Temperatur im Cabinet wird durch ein dasselbe umgebendes Röhrensystem, welches durch warme Dämpfe oder kaltes Wasser gefüllt ist, regulirt. Die Dauer der Sitzung beträgt 1$^3/_4$ Stunden. Der gewünschte Ueberdruck ist in 25 Min. erreicht, ebenso lang dauert der Uebergang zum gewöhnlichen Druck, also 45 Min. ist die Dauer des constanten Ueberdruckes. 25—30 und mehr Sitzungen sind zur Cur erforderlich. Die wichtigsten Einwirkungen sind die auf Lunge und Herz. Die Einwirkung auf die Respiration ist eine mechanische und chemische. Auf der ersteren beruht die Verlangsamung und Vertiefung der Respiration, auf der letzteren die Steigerung der Sauerstoffaufnahme (Hebung des Stoffwechsels und Appetits, der Fettabnahme, Zunahme der Muskelkraft



und erhöhte Blutbildung). Die Circulation wird durch die Cur so beeinflusst, dass ein Kleiner- und Schwächerwerden und eine Verlangsamung des Pulses zu constatiren ist. Bei chronischem Bronchialcatarrh mit Dyspnoe, selbst bei alten geschwächten Personen, bei chronischem vesiculärem Emphysem, Asthma, bei Residuen pleuritischer Exsudate empfiehlt *Schmid* nach reicher Erfahrung die Kammer mit comprimirter Luft; Ref. fügt noch Chloro-Anämie hinzu. Gut compensirte Herzfehler sollen keine Contraindication bilden. Die tragbaren pneumatischen Apparate, welche die Inspiration comprimirter Luft und Exspiration in dieselbe oder in verdünnter Luft gestatten, werden zu Compressionen bis $^1/_{40}$ Atmosphäre und Verdünnungen bis $^1/_{80}$ angewendet. Der Schöpfer dieser Methode ist der leider zu früh verstorbene Prof. *Waldenburg* in Berlin, alle nachfolgenden Forscher haben auf der von ihm gewonnenen Basis fortgebaut, die Apparate desselben mehr weniger glücklich abgeändert, am selbstständigsten haben *Biedert* und *Geigel-Mayr* klardurchdachte Instrumente zu Tage gebracht. Die grossen Erwartungen, die man allgemein dieser Methode entgegenbrachte, haben sich nicht bewährt, und so wird mit Ausnahme von chronischen Bronchialcatarrhen, von Respirationsgymnastik, zum Theil Emphysem (Exspiration in verdünnte Luft) nicht viel mehr davon in Anwendung gebracht. Ref. hat bei putrider Bronchitis die aus Theerdämpfen comprimirte Luft mit Vortheil anwenden lassen. Endlich sei noch der Athmungsstuhl für Asthmatiker von *Zoberbier* rühmend erwähnt. Eine eingehende Lectüre der *Schmid*'schen meisterhaften Arbeit wird reichliche Befriedigung gewähren.

Einzelne Hefte der Med.-chirurg. Rundschau kosten 36 kr. = 60 Pf.
Einbanddecken für jeden Jahrgang 80 kr. = 1 M. 40 Pf. mit Postversendung.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Dr. Overlach's Migränin

Löwenmarke

(Citronensaures Antipyrin-Coffeïn).



1. Als vorzüglich erprobt **bei den schwersten Fällen der Migräne**, ferner **bei dem Kopfschmerz der Alkohol-, Nicotin- und Morphium-Vergiftung**, der **Neurasthenie**, der **Influenza, Grippe** etc. etc.

2. **Bestes Antipyreticum**, auch bei drohendem Collaps, weil der Coffeïngehalt des Migränin gleichzeitig als **Analepticum** vorzüglich wirkt.

Man gebrauche nur **Dr. Overlach's Migränin**, Löwenmarke, und ordinire im Recept stets **„Migränin Höchst"**.

Beste mittlere Dosis für Erwachsene 1,1 Gr., einmal oder mehrmals täglich, in Pulver oder Solution.

Alleinige Fabrikanten: **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.**



Privat-Heilanstalt

für

GEMÜTHS- UND NERVENKRANKE

in

2104

OBER-DÖBLING, Hirschengasse 71.

Verlag von URBAN & SCHWARZENBERG in Wien und Leipzig.

Lehrbuch der Hygiene des Auges.

Von **Dr. HERMANN COHN,**

Dr. med. et phil., Professor an der kgl. Universität in Breslau.

Mit 112 Holzschnitten und einer Tafel in Farbendruck.

XXXII und 856 Seiten.

Preis: 15 M. = 9 fl. ö. W. broschirt; 10 M. = 10 fl. 20 kr. ö. W. elegant gebunden.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

